

EVALUATION A MI-PARCOURS DU PNDS 2009-2018

Juillet 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement le personnel du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) de l'accueil et de l'appui dont la mission a bénéficié avec une très riche documentation fournie par la Direction de la Planification de la Recherche et du Suivi (DPRS).

Je n'oublie pas le personnel terrain qui a déployé des efforts importants et a accueilli la mission dans de bonnes conditions et l'a accompagné partout.

Je remercie aussi les représentants des populations, les Collectivités, des autres ministères et des PTF qui se sont mobilisées et ont activement contribué aux résultats de l'évaluation.

Tous mes remerciements vont aussi à madame le ministre de la santé et de l'action sociale et de son cabinet des directions et services qui n'ont ménagé aucun effort pour m'appuyer dans cette mission importante à plus d'un titre.

Le coordonnateur de l'étude

Dr Birahime Diongue

EQUIPE DE CONSULTANTS

Dr **Birahime DIONGUE** : Planificateur et analyste de projets santé coordonnateur de l'évaluation.

Dr **Amath MBAYE** : Médecin Spécialiste en Santé Publique et en SR/PF.

M. **Raymond Diégane NDONG**: Contrôleur du Trésor principal de classe exceptionnelle à la retraite, Gestionnaire supérieur de services de santé (MBA): Spécialiste en mutualité de santé.

M. **Mame Sémou Diouf** architecte.

M. **Amadou Moctar Koné** expert-comptable analyse institutionnelle.

Dr **Yolande Kouamé ADJE** Pharmacienne et économiste de santé.

Dr **Abibou Diagne Camara** docteur en sociologie pour le genre et les enquêtes.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANJE	Alimentation du nouveau-né et du jeune enfant
ARV	ANTIRETROVIRAL
ASC	Agent de Santé Communautaire
ATU	Autorisation Temporaire d'Utilisation
ADIE	Agence de l'informatique de l'Etat
AFD	Agence française de développement
AGR	Activité génératrice de revenus
AI	Aide Infirmier
ASBEF	ASBEF Association sénégalaise pour le bien-être familial
BG	Bajenu Gox
BIP	Bulletin d'information Périodique
BCI	Budget Consolidé d'Investissement
BFND	Budget de Fonctionnement Non Décentralisé
BAD	Banque Africaine de Développement
CAFSP	Cellule d'appui au partenariat et au financement de la santé
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire
CCISD	Centre de coopération internationale en santé et développement
CDEPS	Centre départemental d'éducation populaire et sportive
CGO	Centre gynéco-obstétricale CHR Centre hospitalier régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire CMG Centre médical de garnison
CNS	Comptes nationaux de santé
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine du Sénégal
CPN	Consultation prénatale
CTB	Coopération technique belge
CU	Contraception d'urgence
CS	Centre de Santé
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme

CL	Collectivités Locales
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPoN	Consultations Post Natales
CREN	Centre de récupération nutritionnelle
CNDCL	Comité National de Développement des Collectivités Locales
CNDL	Commission Nationale de Développement des Collectivités Locales
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DB	Direction du Budget
DCE	Délégation de la Communauté Européenne
DCEF	Direction de la Coopération Economique et Financière
DCL	Direction des Collectivités Locales
DCSS	Direction des Constructions Scolaires et Sanitaires
DDI	Direction de la Dette et de l'Investissement
DEM	Direction des Equipements Médicaux
DIEM	Direction des Infrastructures et des Equipements et de la Maintenance
DES	Direction des Etablissements de Santé
D.PC	Dépenses Per Capita
DPES	Document de politique économique et sociale
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSRP	Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté
DLSI	Division de Lutte contre le SIDA et les IST
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DSDOM	Dispensateurs de Soins à Domicile
DSRSE	Direction de la Santé de la Reproduction et de la Survie de l'enfant
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
EPS	Etablissement Public de Santé
ESAM	Enquêtes Sénégalaises auprès des Ménages
ESDD	Etude de Suivi des Dépenses à Destination
ESPS	Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal

ECD	Equipe cadre de district
ECR	Equipe cadre de la région
ESIS	Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé
EVF	EVF Education à la vie familiale
EDSV-MICS	Enquête Démographique et de Santé- Multiple Indicators Cluster Survey
FDR	Feuille de route sur la mortalité maternelle et néonatale
FBR	Financement basé sur les résultats
FM	Fonds Mondial de lutte
FDD	Fonds de Dotation à la Décentralisation
FECL	Fonds d'Equipement des Collectivités Locales
FGA	Fonds de garantie automobile
FMI	Fonfds Monétaire International
GAPTA	Gestion active pour la troisième phase de l'accouchement
GAFTM	Fonds Mondial de Lutte Contre le Paludisme, le Sida et la Tuberculose
GAR	Gestion Axée sur le Résultats
GAVI	Alliance Globale Pour la Vaccination
HHA	Harmonisation pour la Santé en Afrique
IHP+	Partenariat International pour la Santé
IBG	Initiative Bajénu Gox
IPDSR	Institut de population développement et santé de la reproduction
ICP	Infirmier chef de poste IDE Infirmier d'Etat
IB	Initiative de Bamako
IDE	Infirmier d'ETAT
IEC	Information Education Communication
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
IRA	Infections Respiratoires Aigues
ITA	Institut de Technologie Alimentaire
IHI/MIJ	Impact sur la Mortalité Infanto-Juvenile
JICA	Coopération japonaise
KFW	Banque Allemande pour la Reconstruction
MEG	Médicaments Essentiels Génériques

MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MR	Maternités Rurales
MSP	Ministère de la Sante et de la Prévention
MUH	Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
ME/PE	Médicaments essentiels et produits essentiels
MNN	Mortalité maternelle et néonatale
MCR	Médecin Chef de Région
MILDA	Moustiquaires Imprégnés à Longue Durée d'action
ND	Non Déterminé
NSP	Ne Sait Pas
NU	Nations Unies
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OS	Objectif Stratégique
OCB	Organisations Communautaires de Base
PALF	Particuliers à leurs frais
PBF	RBF/P4P : Financement basé sur les performances
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PLC/SIDA	Programme de Lutte Contre le SIDA
PM	Premier Ministre
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PS	Poste de Santé

PTF	Partenaire Technique et Financier
PIS	Programme d'Investissement Sectoriel
PNDRH	Plan National de Développement des Ressources Humaines
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF :	Partenaires Techniques et Financiers
PE	Projet d'établissement des hôpitaux PF Planification familiale
PIC II	Programme indicatif de coopération
POPAEN	Plan Opérationnel de passage à l'Echelle nationale des Interventions à haut impact sur la Mortalité Infanto-Juvénile au Sénégal
PMG	Poste médical de garnison
PNPF	Plan national de planification familiale
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PRN	Programme de renforcement nutritionnel
PEC	Prise En Charge
PECADOM	Prise En Charge des cas de Paludisme à Domicile
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNP	Politiques Normes et Protocoles
PNSE	Plan National de Survie de l'Enfant
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PPS	Points de Prestation de Services
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PIS	Programme d'Investissement Sectoriel
PNDRH	Plan National de Développement des Ressources Humaines
LIST	Life Saving Tools
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
RAC	Réunion Annuelle Conjointe
RBF	Résultats Basés sur les Performances
RDP	Revue des Dépenses publiques
RDPS	Revue des Dépenses Publiques de la Santé
RM	Région Médicale
RSS :	Renforcement du Système de Santé
SFE	Sage-femme D'ETAT
SIGFIP	Système Intégré de Gestion des Finances Publiques

SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SNU	Système des Nations Unies
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SR	Santé de la Reproduction
SNDES	Stratégie Nationale de Développement Economique et Social
SAMU	Service d 'assistance médical d 'urgence
SCA	Stratégie de la croissance accélérée
SRAJ	Santé de la reproduction des adolescents et des jeunes
SSR	Service de santé de la reproduction
SWAPS	Sector wide approches
TSS	Technicien supérieur de santé
SE	Suivi-Evaluation
SENN	Soins Essentiels du Nouveau-Né
SIGL	Système d'Information de Gestion Logistique
SMK	Soins Maternels Kangourou
SMSE	Santé de la Mère et Survie de l'Enfant
SNEIPS	Service National d'Education et d'Information pour la Santé
SONUB	Soins Obstétricaux Urgents de Base
SPNN	Soins Post Natus et Néonataux
SRO	Sels de Réhydratation Orale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TVA	Taxe sur la Valeur ajoutée
UCAD	Université Cheikh Anta Diop
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

SOMMAIRE

RESUME EXECUTIF

L'évaluation à mi-parcours du PNDS 2009- 2018 s'est déroulée à tous les niveaux du système de santé avec la participation des principaux acteurs, des populations, les Collectivités Locales et des PTF. Un échantillon de six régions a été retenu, avec deux Districts par région et dans chaque District les EPS, deux Centres de Santé et des Postes de Santé ont été visités. Environ deux cents personnes sont interviewées.

L'objectif de l'évaluation était de mesurer les progrès réalisés à mi-chemin dans l'atteinte des objectifs du PNDS 2009-2018 et faire des recommandations pertinentes pour améliorer la performance".

Il s'agissait de façon spécifique de :

1. Apprécier la pertinence des objectifs, stratégies et instruments de mise en œuvre du PNDS 2009-2018 en mettant le focus sur le processus CDSMT/DPPD et le processus Compact/PIS ;
2. Faire le point sur l'évolution des indicateurs d'impact, de résultats et de processus du PNDS et du CDSMT- santé entre 2008 et 2013 et analyser les résultats obtenus en tenant compte du niveau de mobilisation des ressources prévues ;
3. Formuler des recommandations pertinentes pour améliorer la mise en œuvre du PNDS et réaliser les objectifs fixés d'ici 2018.

L'évaluation a été menée avec une équipe de sept (7) consultants spécialisés dans les domaines couverts par les TDR et selon l'analyse portant sur les cinq critères que sont l'efficacité, l'efficience, la pertinence la durabilité et la cohérence.

Cette évaluation a connu un retard de deux (2) années dues à des procédures administratives par rapport à la prévision initiale et après la clôture des OMD, mais elle n'en demeure pas moins importante, compte tenu des mutations qui sont intervenues au sein du MSAS : ainsi, elle conserve toute son actualité et son importance.

Il s'agissait certes d'une évaluation à mi-parcours, donc pour la période 2009-2013, mais comme elle s'est effectivement déroulée en 2016, le champ a été étendu pour prendre en compte les années 2014 et 2015.

Après l'élaboration du PNDS en 2009, plusieurs actions ont été entreprises. Il s'agit essentiellement :

- du rattachement de l'Action sociale à la santé à partir de 2012;
- de la création de nouvelles directions à caractère prioritaire telles que la DGS, la DGAS, la DSRSE, et la DPRS ;

- de l'adoption du PSE par le Gouvernement ;
- du développement de la télémédecine et de la télésanté ;
- de la création de l'Agence de la CMU ;
- du développement du partenariat public-privé.

Sur le plan organisationnel, le décret portant organisation et fonctionnement du MSAS n'est toujours pas pris.

L'évaluation du PNDS a montré que d'importants acquis et résultats fort appréciables ont été obtenus avec un impact sur la réduction des principaux taux de mortalité et de morbidité relatifs à la santé de la mère et de l'enfant et sur la Planification Familiale, comme les statistiques recueillies l'ont révélé.

La mortalité infantile et néonatale demeure une préoccupation constante au Sénégal. Toutes les études depuis 2000 ont montré que la mortalité néonatale représente près de 50 % de la mortalité infantile dans notre pays. Ainsi, au Sénégal, il s'agit de l'un des plus gros défis sanitaires de ce 21^e siècle.

L'évolution des indicateurs de santé au Sénégal, au cours de la période sous revue montre que :

- le taux de mortalité néonatale a régulièrement baissé, passant de 33 ‰ en 2008, à 19‰ en 2014 ;
- le taux de mortalité infantile est passé de 47‰ en 2010 à 33‰ en 2014.

Cette évolution favorable est le résultat d'interventions à haut impact mises en œuvre avec l'appui de plusieurs partenaires.

Plusieurs initiatives ont été menées par le MSAS et ses différents partenaires, parmi lesquelles l'Initiative de gratuité des accouchements et de la césarienne, l'enquête d'évaluation des besoins en SONU, la carte de score SRMNI et la Prise en Charge Communautaire (PEC) de la femme enceinte (Initiative « Bajenu Gox »).

La prévalence contraceptive s'est nettement améliorée durant ces dernières années, passant de 12% en 2010 à 20% en 2014 et 23% en 2015. Cet important résultat a été obtenu grâce à la relance de la Planification Familiale (PF) à travers des actions majeures mises en œuvre parmi lesquelles la formation, la supervision, et la sécurisation/disponibilité des produits contraceptifs.

Le ratio de mortalité maternelle, même s'il est encore élevé, a continuellement baissé passant de:

850 /100.000 NV dans les années 86-87,
510/100.000 NV en 1992-93

401/100.000 NV en 2005
392/100.000 NV en 2010-2011

L'utilisation des structures de santé par les femmes enceintes s'est beaucoup améliorée au Sénégal. La proportion de femmes enceintes ayant fait au moins une consultation prénatale est élevée et en constante progression : 87% en 2005 ; 93,3% en 2010 ; 96% en 2014, selon les données des EDS.

La proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié varie selon les enquêtes : 52% en 2005, 65% en 2006, 59% en 2014. Cette variation pourrait s'expliquer par l'insuffisance quantitative en RH qualifiées, ce qui a été souvent décriée toutes ces dernières années.

Néanmoins, des difficultés persistent pour l'accessibilité aux services de santé de la reproduction comme :

- les facteurs socioculturels
- les facteurs financiers,
- les facteurs géographiques, etc...

Dans la période 2009-2014, plusieurs études et enquêtes ont été menées parmi lesquelles l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples qui est une enquête nationale auprès des ménages, conçue pour fournir des données fiables sur la situation démographique et sanitaire au Sénégal. En plus des thèmes développés dans les précédentes EDS, l'EDS-MICS a été renforcée d'indicateurs de l'Enquête « Multiple Indicator Cluster Survey » ou Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples (MICS), parmi lesquels la fécondité, la planification familiale, les soins pré et postnatals, les maladies des enfants, leur prévention et leur prise en charge, la mortalité au cours de l'enfance.

Les résultats de l'EDS-MICS ont confirmé la stabilité de la prévalence du VIH/SIDA dans la population générale à 0,7% en 2010 et avec une constance de cette prévalence jusqu'en 2014. Mais, derrière ce faible taux, se cachent certaines disparités: il s'agit entre autres résultats de la féminisation de l'épidémie et des disparités régionales : les régions les plus touchées sont celles du sud (Kolda, Sédhiou, Ziguinchor), du sud-est (Tambacounda, Kédougou) et du centre (Kaolack).

Concernant la Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), le passage à l'échelle des interventions s'est fait de façon progressive avec une augmentation du nombre de sites passant de 404 en 2009 à 648 en 2010 et à 976 en 2011, parmi lesquels il y a 109 sites offrant le paquet complet de PTME (conseil, dépistage et ARV).

Avec l'introduction du conseil dépistage à l'initiative du prestataire, le taux de proposition est passé de 73% en 2007 à 92% en 2009/2010. La proportion de femmes

enceintes bénéficiant du dépistage lors des CPN est passée de 9% en 2007 à 25% en 2008, 41% en 2009 et 26% en 2010/2011 (non complétude des données du fait de la rétention des données).

L'évolution de la prévalence parasitaire de 2009 à 2014, classe toujours le Sénégal parmi les pays de l'Afrique Sub-saharienne où le paludisme est endémique et constitue un problème de santé publique. Cependant, ce fardeau 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 Sénégal, à l'instar de la communauté internationale, a adopté les objectifs d'impact du Partenariat mondial Halte à la tuberculose en droite ligne pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement. L'objectif principal était d'arrêter et d'inverser l'incidence de la TB avant 2015, et de réduire de moitié la prévalence et la mortalité liées à cette maladie comparé à leur niveau en 1990.

Selon l'OMS, l'incidence de la tuberculose était estimée en 2009 au Sénégal à 282 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues pour 100 000 habitants, ce qui fait un total attendu de 35 000 nouveaux cas de TB durant cette année. La prévalence était estimée à 558 cas pour 100 000 habitants pour un nombre absolu estimé de 70 000 cas de tuberculose. Quant à la mortalité de la tuberculose, elle est estimée à 72 décès par 100 000 habitants soit une estimation de 9 000 décès environ en 2009.

Au Sénégal, dix (10) MTN sont prises en compte dans le cadre du plan national stratégique de lutte intégrée contre les MTN. Deux plans stratégiques consacrés essentiellement à la lutte contre les MTN à Chimiothérapie Préventive de Masse (CPM) ont été mis en œuvre pour les périodes 2007-2011 et 2011-2015. La cartographie des MTN bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse a été achevée en 2013.

Des performances timides ont été obtenues dans l'exécution des campagnes contre la filariose lymphatique.

Après la mise en œuvre des campagnes de chimiothérapie de masse, les résultats obtenus ont été satisfaisants, et parfois même bien au-delà des cibles.

La consolidation des succès obtenus en matière de lutte contre la maladie du ver de guinée et l'onchocercose sera un défi majeur à relever dans un contexte de changement climatique et de perturbation des écosystèmes.

La lutte contre les maladies non transmissibles et chroniques devenues le fléau des temps modernes occupe une place de choix dans la politique sanitaire nationale. L'émergence de ces maladies est intimement liée à l'urbanisation, à la sédentarisation des populations et au changement des habitudes alimentaires. Certaines de ces maladies dites à soins

couteux comprennent les maladies cardiovasculaires, les maladies rénales, la drépanocytose, les cancers, le diabète, l'asthme et les traumatismes. Elles disposent chacune d'un plan stratégique de lutte avec un budget qui leur est alloué même si les montants sont encore très loin des besoins.

Au niveau régional, des activités ont été menées pour le contrôle du diabète, de l'HTA, du Cancer du col, etc. Pour la plupart, ce sont des activités classiques : sensibilisation, formation, appui institutionnel, etc.

La situation est plus alarmante pour les maladies psychiatriques et la médecine traditionnelle, où pratiquement, toutes les activités exécutées dans les régions viennent du niveau central ; Il se pose avec acuité l'urgence d'un déploiement de ces compétences et/ou spécialistes dans les Régions en vue d'une meilleure prise en charge des nombreux cas qui se posent de plus en plus dans le pays.

En 2011, la Division de la Surveillance et de la Riposte Vaccinale est mise en place au niveau de la Direction de la Prévention, et elle s'appuie sur un réseau de points focaux au niveau des régions médicales, des hôpitaux, des Etablissements Publics de Santé et des districts sanitaires. Le système de surveillance est centré sur le district sanitaire avec l'appui du réseau national de laboratoires.

Cette division a en charge la conduite de la surveillance des maladies à potentiel épidémique ainsi que celles qui sont à déclaration obligatoire. Cette surveillance est menée selon une approche intégrée, dénommée système de Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR).

La mise en œuvre de la politique de santé a permis des avancées notables dont la réduction du taux de mortalité infanto juvénile. Le PEV a fortement contribué à cette baisse qui a été constatée, par la mise en œuvre d'initiatives et de stratégies de lutte accélérée contre la maladie notamment contre la poliomyélite, la rougeole et par l'introduction de nouveaux vaccins (hépatite B et Hib) sous forme de pentavalent.

Le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique souffre de la faible capacité diagnostique des laboratoires périphériques pour la confirmation des diarrhées sanglantes, du choléra, et de la méningite cérébro-spinale. Le fonctionnement de la Direction des Laboratoires devrait aider à améliorer cette situation d'autant plus que le laboratoire national de santé publique vient d'être créé.

En ce qui concerne les organes et les outils de planification et de suivi du PNDS, d'importants efforts ont été fournis. Le COMPACT a été signé en 2013 entre le Gouvernement du Sénégal et ses partenaires au développement du secteur même si sa mise en œuvre ne semble pas connaître des avancées significatives.

Pour ce qui concerne le partenariat, une division a été créée au sein de la DPRS ce qui dénote de l'importance que le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale accorde à ce volet. Les collectivités locales sont des acteurs clé pour la mise en œuvre de la politique de santé. Cependant, elles ne respectent pas souvent la destination vouée aux FDD et ne contribuent qu'à hauteur de 4% au financement global de la santé. Par ailleurs, ce partenariat reste à être amélioré dans les domaines de la formation et de la sensibilisation des élus.

L'évaluation note une faiblesse du partenariat public-privé en termes de complémentarité et de synergie d'actions dans le développement du système de santé. Toutefois, le secteur privé non lucratif a réussi son intégration dans les domaines de la santé publique sur l'ensemble du territoire. Face à cette situation, des actions d'envergure ont été développées notamment la mise en place d'un cadre de concertation national sur le PPP et de l'alliance nationale du secteur privé de la santé.

En matière de planification il s'agira d'identifier les actions prioritaires à haut impact à atteindre en priorité dans le cadre du PNDS d'ici 2018 ainsi que les actions stratégiques à développer.

Par ailleurs, la carte sanitaire vient d'être évaluée et une nouvelle va être mise en place.

Il s'agira donc de tenir compte des normes de cette carte sanitaire pour la planification en cohérence avec l'axe 3 du PSE et en renforçant le dispositif de suivi et d'évaluation en place.

L'évaluation a relevé que l'allocation budgétaire au MSAS ne se fait pas sur la base de critères définis. Il conviendra donc de valider et d'appliquer ceux en perspective pour plus d'équité.

Il s'agira aussi de développer une stratégie de financement de la santé pour tendre vers la Couverture sanitaire universelle.

En ce qui concerne la couverture maladie universelle, cette évaluation a montré que 52,3% des populations interviewées n'ont jamais entendu parler de mutuelles de santé. Ainsi, le renforcement de la communication institutionnelle et de masse sera un des axes phares d'intervention.

Des efforts importants de la part de l'Etat et des PTF ont permis d'améliorer, durant la période sous revue, le plateau technique des EPS et des CSR, la couverture passive en infrastructures et en équipements et la maintenance.

Toutefois, il est noté de nombreux problèmes liés à la mise en œuvre des marchés de travaux, de fournitures et de services dont les conséquences sont préjudiciables au

système de santé. En effet, plus d'une dizaine d'infrastructures sanitaires en construction sont en souffrance depuis des années.

Les documents de planification habituellement bien élaborés souffrent d'une insuffisance de vulgarisation.

Le suivi évaluation rencontre des problèmes à tous les niveaux du système. Au niveau de la mise en œuvre des projets et programmes, les informations ne sont pas toujours disponibles et partagées. Le suivi est faible à cause du fonctionnement peu optimal des instances prévues à cet effet.

L'accueil et les urgences restent une grande préoccupation aussi bien pour les populations que pour les autorités sanitaires. Néanmoins, des efforts importants sont déployés pour doter tous les EPS d'un SAU fonctionnel et les CPOM récemment mis en place vont dans ce sens. Le SAMU National, créé depuis 2005 est fonctionnel mais nécessite des actions pour sa consolidation et sa décentralisation.

La Réforme hospitalière demeure inachevée. En effet, il est noté de nombreuses entraves que sont entre autres la faiblesse de la tutelle technique, des allocations budgétaires, la non élaboration des projets d'établissement hospitalier.

En matière de promotion de la santé d'importants efforts de conception ont été obtenus avec la disponibilité du plan stratégique promotion de la santé et d'un plan stratégique de développement de la santé communautaire : il s'agira de restructurer certains services comme le SNEIPS et le Division Promotion de la santé et d'en faire un seul programme afin d'assurer une synergie d'ensemble.

Le partenariat avec les PTF se porte bien, car ces derniers adhèrent aux politiques de l'Etat et accompagnent le Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Au niveau des PTF, il existe plusieurs instances techniques à leur niveau. Il s'agira dans le cadre de la plateforme RSS mis en place, de rationaliser le fonctionnement de ce partenariat en créant des sous-groupes relationnelles entre elles afin d'assurer une coordination technique.

Le leadership reste faible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Dans un contexte de décentralisation et de partenariat, le MSAS et ses différents responsables à tous les niveaux doivent assurer un leadership fort. A ce sujet il s'agira de renforcer leurs capacités managériales, de gestion, d'organisation et de leadership afin d'assumer une bonne gouvernance.

En matière de gestion des médicaments et des produits de santé la PNA a acquis une grande expérience depuis l'adoption de son autonomie de gestion vers les années 90. En

plus, de grandes initiatives ont été prises dans le cadre du push model afin de rapprocher les MEG des populations.

Des PTF ont des conventions de partenariat avec la PNA avec un soubassement financier non négligeable : il s'agira dans le cadre de la pérennisation financière de la PNA de formuler un plan dans ce sens.

En matière de sous système d'information, le DHSI2 constitue une bonne plateforme qui pourrait être la solution aux nombreux problèmes liés à l'existence de sous-systèmes d'information parallèles. Il s'agira ainsi de les intégrer dans ce dispositif.

Les enquêtes terrain ont montré que les populations sont satisfaites des services offerts au niveau des urgences bien que l'accueil accuse des insuffisances: en effet, plus de 80% des personnes interrogées disent avoir attendu au moins trois (3) heures avant d'être prises en charge, par contre, la qualité des services et des soins est jugée très satisfaisante dans l'ensemble.

L'Etat, les Comités de santé, l'Etat et les PTF ont participé activement à d'importants recrutements en personnel qualifié mis en position au niveau des régions périphériques, ce qui a permis de disposer d'un nombre important de d'infirmiers d'Etat et de sage femmes d'Etat (SFE) et la plupart des postes de santé ont été doublés avec la disponibilité d'une sage-femme. Néanmoins ces efforts devraient être poursuivis afin de centrer les recrutements et la contractualisation sur du personnel qualifié tant au niveau central que dans les régions.

L'élaboration du premier PNDRHs a été un aspect positif mais il s'agit de l'évaluer et de formuler un nouveau plan qui prenne plus en compte l'environnement et le partenariat. Un accent particulier devra aussi être mis sur le suivi évaluation. La gestion des ressources humaines accuse des difficultés quant au mouvement du personnel, du fait le plus souvent d'actes sont pris sans concertation, ce qui entraîne le plus souvent des perturbations majeures des services (blocs SONU fermés, etc).

Le plan de formation continu n'est pas encore élaboré : ceci constitue une priorité. Il s'agira par la suite d'organiser la mise en œuvre du plan de formation continue avec la mise en place d'équipes de formation de formateurs et de renforcer le rôle des CRF dans les domaines de la recherche et de la formation à l'image du centre de formation de Kaolack dans le passé.

Le Gouvernement du Sénégal a depuis le milieu des années 90, fait de la protection sociale une préoccupation importante et il a, à cet effet, initié et mis en œuvre de nombreuses stratégies et initiatives. Force a été cependant de constater que les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes des populations, malgré d'importants moyens dégagés. A partir de 2012, s'appuyant sur une vision à long terme du développement

humain, le Gouvernement a revu la politique de protection sociale en mettant en place une Délégation générale à la Protection sociale et à la Solidarité nationale (DGPSSN) chargée entre autre de mettre en œuvre le Programme national de bourses de sécurité familiale (BSF).

Parallèlement, le Ministère de la Santé et de l'Action à travers la Direction générale de l'Action sociale développe le financement d'activités génératrices de revenus au profit d'indigents, et délivre la Carte d'Egalité des Chances, en plus d'assistance sociale diverse. De même, la Caisse autonome de protection sociale universelle (Capsu) devrait être mise en place pour appuyer l'exécution de ces stratégies par la DGPSSN.

Le taux de couverture maladie généralement faible en Afrique est de l'ordre de 18 % de la population des pays, et serait selon les analyses en vigueur, de 20 % pour le Sénégal. En grande majorité, ce taux est dû aux Imputations budgétaires et aux mutuelles complémentaires, aux mutuelles professionnelles au premier franc, à l'assurance maladie obligatoire (IPM), et aux assurances privées. Dans ce cas, au moins 80 % de la population sénégalaise serait sans aucune couverture maladie, objet de la politique de couverture maladie universelle définie par le Chef de l'Etat et mise en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale à travers l'Agence de Couverture Maladie Universelle.

La stratégie de couverture maladie universelle aura comme socle principal les mutuelles de santé notamment communautaires, ce qui sous-entend un développement de ce type de mutuelles, seules capables d'englober l'écrasante majorité de la population sénégalaise encore sans couverture sanitaire. Pour appuyer cette politique, l'Etat a mis en place l'Agence de la Couverture Maladie Universelle. Ces deux aspects de protection sociale et de couverture maladie devraient s'insérer de manière beaucoup effective dans la version remaniée du PNDS, ceci à la dimension de l'importance actuelle que leur accorde le Gouvernement sénégalais.

La Couverture Maladie Universelle est ainsi une vision proactive de porter le taux de couverture sanitaire des populations de 20 % depuis 2008) à 75 % à l'horizon 2017, taux qui risque d'être difficile à atteindre vu le niveau faible de création des mutuelles et le faible taux de pénétration jusqu'ici constaté. Si le slogan « une collectivité locale, une mutuelle de santé » est juste en soi, sa mise est encore timide, tant dans les modalités pratiques de mise en place des mutuelles (après le travail des CIM) que dans l'enrôlement des bénéficiaires des BSF et des Cartes d'Egalité des Chances dans les mutuelles communautaires.

Le rôle des Communes en faveur des mutuelles est équivoque et varie selon la Mairie. Globalement, les Collectivités locales sont conscientes de leurs obligations au regard de la compétence de santé qui leur est transférée, mais elles pêchent dans la mise en œuvre, et pensent souvent, comme le diraient certains responsables communaux, selon l'Acte 3,

qu'elles « Peuvent » et non « Doivent » soutenir la santé et l'Action sociale. L'inexistence de décrets d'application de la loi portant acte 3 de la Décentralisation rend encore ambigu l'implication des Communes dans les politiques sanitaires et sociales du MSAS.

Les Communes font cependant beaucoup d'efforts, à la mesure de leurs faibles moyens dans la construction et/ou la réfection de structures sanitaires, la prise en charge de personnels de santé etc, mais devraient d'avantage appuyer la mutualité notamment en fournissant des sièges et en prenant en charges les gérants des mutuelles.

La situation des Services locaux de l'Action sociale doit faire l'objet d'une attention particulière en vue du renforcement de ces services en moyens humains, financiers et logistiques afin qu'ils puissent mieux prendre en charge leurs missions générales d'action sociale, et spécifiquement dans le cadre de la protection sociale (ciblage des bénéficiaires des BSF et des CEC, financement d'activités génératrices de revenus pour les indigents).

Dans le cadre de la mutualité et de la CMU, il faudrait se féliciter du rôle des Partenaires techniques et Financiers, notamment de l'USAID, de la Coopération belge de Word Vision, et dans une certaine mesure des ARD, partenaires qui contribuent à la fiabilisation des mutuelles en leur dotant de siège et/ou d'équipement des sièges, en fournissant des motos, en apportant des outils de gestion, en contribuant à la formation. Toutefois deux gros défis sont à relever à savoir :

- Le remboursement rapide aux formations sanitaires pour la prise en charge des gratuités : responsabilités partagées entre l'Agence de la Couverture maladie, un universelle, les structures de santé et les instances de transit des factures (Districts sanitaires et régions médicales),
- La faible communication sur la mutualité : l'enquête de terrain et le focus groups ont montré que plus de 50 % de la population interrogée disent n'avoir jamais entendu parler des mutuelles de santé.

Par ailleurs, il convient de souligner que le système d'information sanitaire a été perturbé entre 2009 et 2010, par la rétention d'informations décidée par les syndicats de la santé.

GENERALITES

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

L'évaluation à mi-parcours du PNDS s'est déroulée dans un environnement marqué par un nouveau contexte dont les caractéristiques notoires sont l'avènement de l'acte 3 de la décentralisation, la mise en œuvre du plan Sénégal émergent et l'avènement de la couverture maladie universelle.

A la faveur du changement politique intervenu en mars 2012, l'accès de tous les sénégalais, de toutes les conditions socio-économiques, des villes comme des campagnes, à des services socio-sanitaires de qualité, a été hissé, dans le cadre de la Couverture maladie universelle (CMU), au rang des priorités comme en atteste l'engagement pris par le Chef de l'Etat. Par ailleurs, les Concertations Nationales sur la Santé et l'Action Sociale, organisées en 2013, ont mis en évidence des réformes à entreprendre dans le secteur de la santé et de l'action sociale pour renforcer de façon durable l'accès à des services de santé de qualité, et ceci dans un contexte de gouvernance améliorée et de gestion axée sur les résultats.

Il convient de rappeler par ailleurs que le MSAS a connu une réorganisation majeure avec le rattachement de l'Action Sociale au dit département, l'érection d'une direction générale de la santé, ainsi que la création d'autres directions telles que la Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant (DSRSE) et la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS).

L'évaluation à mi-parcours devrait permettre de faire l'état des réalisations par rapport aux prévisions du PNDS. Elle s'est faite suivant une double approche qualitative et quantitative.

Le volet qualitatif a utilisé les techniques habituelles de recherche participative : groupes de discussions dirigés (focus groups, entretiens approfondis avec les responsables (élus locaux membres des comités de santé etc.) et des groupes de réflexion collective etc. Elle a porté entre autres sur les thèmes suivants:

- la satisfaction des usagers des services de santé (hôpitaux, centres, postes et cases de santé) ; elle a porté sur des variables telles que la qualité de l'accueil, l'appréciation des coûts et tarifs des prestations, l'efficacité des prestations, le fonctionnement des systèmes d'assurance maladie basés sur la solidarité...
- l'appréciation des initiatives de gratuité prises en faveur des groupes sociaux vulnérables (personnes âgées, femmes enceintes, enfants...) : adhésion des populations, efficacité, efficacité, viabilité...

Le volet quantitatif a porté sur un sondage quantitatif sur la satisfaction des usagers. Pour disposer d'informations au niveau des régions, des données statistiques ont été collectées au niveau des structures de santé ciblées. Ceci devrait permettre de recouper certaines données collectées au niveau central telles que les ruptures éventuelles de molécules traceuses. Des supports types ont été conçus à ce sujet et ont fait l'objet de remplissage au niveau d'un échantillon de structures de santé

II. OBJECTIFS ET STRATEGIES DU PNDS

1. LES OBJECTIFS SECTORIELS

Pour rappel, les objectifs sectoriels du PNDS 2 sont les suivants :

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

Pour mieux prendre en charge l'action sociale dévolue au département de la santé en 2012, un cinquième objectif sectoriel a été introduit dans le CDSMT- santé. Cet objectif est formulé comme suit : **"améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables"**.

2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les onze orientations stratégiques suivantes ont été retenues dans ce cadre :

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

11. Améliorer les capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière.

Trois orientations stratégiques relatives à l'action sociale ont été rajoutées aux onze du départ, portant ainsi le total d'orientations stratégiques du PNDS à quatorze.

3. RAPPEL SUCCINCT DES TERMES DE REFERENCE DE L'EVALUATION A MI-PARCOURS

3.1.OBJECTIF GENERAL

L'évaluation à mi-parcours du PNDS est une étude portant sur l'examen du processus de mise en œuvre et des résultats obtenus.

L'objectif général de cette évaluation est de **mesurer les progrès réalisés à mi-chemin dans l'atteinte des objectifs du PNDS 2009-2018 et faire des recommandations pertinentes pour améliorer la performance**".

3.2.OBJECTIFS SPECIFIQUES

Plus particulièrement, il s'agit de :

1. Apprécier la pertinence des objectifs, stratégies et instruments de mise en œuvre du PNDS 2009-2018 en mettant le focus sur le processus CDSMT/DPPD et le processus Compact/PIS ;
2. Faire le point sur l'évolution des indicateurs d'impact, de résultats et de processus du PNDS et du CDSMT- santé entre 2008 et 2013 et analyser les résultats obtenus en tenant compte du niveau de mobilisation des ressources prévues ;
3. Formuler des recommandations pertinentes pour améliorer la mise en œuvre du PNDS et réaliser les objectifs fixés d'ici 2018.

3.3.PRODUITS ATTENDUS

Les produits attendus des Consultants de la présente évaluation sont les suivants :

1. l'aide-mémoire pour soutenir la restitution,
2. le rapport provisoire et
3. le rapport final selon la structure et le format indiqué.

3.4. APPROCHE METHODOLOGIQUE

La principale mission du Consultant a été de vérifier systématiquement si les composantes du PNDS n'étaient pas en porte à faux avec les problèmes identifiés qui sont à résoudre, et dans quelle mesure elles répondaient aux besoins réels des populations bénéficiaires. Il s'agissait aussi d'examiner si les objectifs fixés pourraient être atteints à l'horizon 2018, et de mettre ainsi en exergue les progrès accomplis. Il convenait enfin, en dernier ressort, de préconiser des pistes de solutions pour venir à bout des manquements et des dysfonctionnements dans le processus de la mise en œuvre. Il s'est agi aussi de façon plus spécifique :

- d'identifier les obstacles relatifs à l'accès aux structures de santé et à l'utilisation des services par les populations pauvres et vulnérables ;
- de faire l'analyse des inégalités de genre qui réduisent l'accès et l'utilisation des services par les femmes ;
- d'étudier la perception des services de santé par les bénéficiaires, le personnel de santé et les partenaires ;
- de formuler des recommandations pertinentes pour l'amélioration de la mise en œuvre de la couverture universelle du risque maladie

Des réponses adéquates aux questions posées dans les TDR de l'évaluation et basées sur les 5 critères que sont l'efficacité, l'efficience, la durabilité/pérennisation, la cohérence, l'adéquation et la pertinence ont été apportées.

3.4.1. METHODES D'ENTRETIENS

a. ENQUETES EXPLORATOIRES

Le Consultant a mené des entretiens auprès d'un certain nombre de catégories de prestataires des soins dans les centres et postes de santé, et des populations bénéficiaires. L'objectif des enquêtes exploratoires était de recueillir des informations relatives, d'une part, à la disponibilité, la continuité des soins et des services fournis, notamment dans la prise en charge des urgences, la fréquence et la régularité des gardes du personnel soignant et, d'autre part à la formation et à l'utilisation des normes et protocoles en santé de la reproduction.

Les principales cibles au niveau des postes, centres de santé, EPS et communautés ont été :

- Les infirmiers chefs de poste
- Les maîtresses sages-femmes
- Les sages-femmes ou matrones
- Les médecins des SAU

- Les dépositaires de médicaments IB
- Les populations bénéficiaires des soins offerts

b. INTERVIEWS INDIVIDUELLES

Les interviews ont été menées auprès d'un certain nombre de catégories de cibles avec des objectifs spécifiques.

Le premier objectif était d'apprécier les niveaux d'implication et d'appropriation des stratégies et activités du PNDS par les acteurs, les responsables administratifs, les autres départements ministériels impliqués, les collectivités locales, les ONG, les OCB et les populations en analysant la démarche participative et inclusive adoptée pendant la mise en œuvre du PNDS.

Il s'agissait aussi de rencontrer les PTF, les décideurs, les directeurs et les chefs de programmes et de services ainsi que les personnes clés du système de santé au niveau central et dans les régions.

Le volet qualitatif de l'évaluation à mi-parcours a mis l'accent sur :

- les obstacles
- les acquis
- les leçons apprises
- les bonnes et meilleures pratiques

L'évaluation a porté sur les thèmes suivants :

- la participation des populations aux actions de santé ;
- la gestion par les collectivités locales de la compétence santé ;
- la satisfaction des usagers des services de santé ;
- la qualité de l'accueil,
- les appréciations des coûts et tarifs des prestations,
- l'efficacité des prestations,
- le fonctionnement des services des systèmes d'assurance maladie basée sur la solidarité,
- l'appréciation des initiatives de gratuité prises en faveur des groupes sociaux vulnérables (personnes âgées femmes enceintes enfants indigents).

Le second objectif a été d'évaluer les activités de mobilisation sociale et de formation que la Cellule de Couverture maladie universelle (CMU) et ses partenaires mènent pour l'adhésion des populations aux mutuelles de santé et leur gestion transparente.

Les principales catégories de cibles sont :

- les personnes impliquées dans le fonctionnement et la gestion :
- d'une mutuelle de santé communautaire,
- d'une mutuelle de santé professionnelle,
- des assurances maladies et IPM,
- d'une fédération de mutuelle de santé,
- d'une union générale des assurances maladies.

Le troisième objectif était de mener une enquête de satisfaction auprès des prestataires, pour analyser les contraintes relatives à la mise en œuvre du PNDS, les conditions de travail des prestataires. Il s'agissait aussi d'étudier les domaines de la participation des populations à l'effort de santé, la bonne gouvernance sanitaire, la gestion de la compétence santé transférée et recueillir des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre du PNDS.

c. DISCUSSIONS DE GROUPE

L'objectif est d'analyser le niveau de satisfaction des usagers des services de santé par rapport à l'accueil, à la qualité des soins, au coût des médicaments et des soins et les systèmes de solidarité mis en place pour résoudre les problèmes posés par les cas sociaux (Plan Sésame, Initiative de gratuité des accouchements et des césariennes, gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans et l'existence d'une assurance maladie, etc.).

Il s'agit aussi d'étudier l'équité et les inégalités de genre dans l'accès et l'utilisation des services par les couches sociales vulnérables et pauvres (les personnes âgées, les femmes enceintes, les enfants et les pensionnaires des écoles coraniques, les adolescentes, les personnes vivant avec un handicap et les populations transhumantes ou nomades).

Les principales catégories de cibles des discussions de groupe sont :

- les adhérent(e)s aux mutuelles de santé communautaires,
- les membres des organisations communautaires de base (OCB),
- les clients/accompagnants des patients dans les structures de santé

La liste des personnes interrogées se trouve en annexe.

d. PRE TEST DES INSTRUMENTS ET PLAN D'ENQUETE

Les guides d'entretien ont été pré - testés dans la région de Dakar. L'enquête quantitative et qualitative s'est déroulée dans une première phase à Dakar avec l'ensemble des contrôleurs et enquêteurs, ce qui a permis d'effectuer les ajustements nécessaires et les derniers réglages avant d'envoyer les différentes équipes sur le terrain

ECHANTILLON DE REGIONS, DEPARTEMENTS ET DES STRUCTURES DE SANTE VISITEES

Les critères de choix des zones de l'évaluation ont été définis comme suit:

- pauvreté ;
- test RBF ;
- test CMU ;
- Urbain- Rural.

Ainsi comme échantillon, des régions, des départements et des structures de santé ont été visités après accord du comité technique sur la méthodologie.

1. une région à forte densité de population: zone urbaine et zone rurale : Dakar (**Départements de Rufisque+ Guédiéwaye**).
2. une région pauvre centre Diourbel : **Touba+ Bambèye**.
3. une région: choix d'un district avec le RBF: **Départements de Kaffrine et de Mbirkelane**.
4. une région pauvre ; avec 2 départements urbain avec RBF et rural : **Départements de Kolda et de Médina Yoro Foula**.
5. une région périphérique : enclavée et éloignée avec test CMU : Tambacounda ; **Départements Tambacounda et de Goudiry**.
6. une région nord Matam avec test et sans test CMU : **Départements de Ranérou+ Matam + Kanel**.

Dans chacune des régions ciblées, il a été choisi un département test CMU et un autre département.

A Dakar ont été visités les centres de santé des 2 districts en plus d'un échantillon de 2 postes de santé (1 rural et 1 urbain) et au moins un EPS national

Il en est de même des autres régions : Un EPS, 2 centres de santé et un échantillon de 2 postes de santé (1 rural et 1 urbain)

La liste des sites visitées se trouvent en annexe du rapport.

Des interviews et entretiens ont été faits avec les populations, les autorités, les collectivités les PTF et ONG/OCB

La mission a eu des entretiens avec les responsables du niveau central et des régions, les PTF.

En annexe se trouvent la liste des structures visitées et celle des personnes rencontrées.

TITRE 1 :
LES PRESTATIONS DE SERVICES

CHAPITRE 1 : LES PROGRAMMES DE SANTE ET D’ACTION SOCIALE

Tableau de synthèse des indicateurs de SRSE pour la période 2009-2014

INDICATEURS	2005	2010-2011	2012-2013	2014	2015
Indice synthétique de fécondité	5,3	5	5,3	5	4,9 (urb :3,5 / rur : 6,1
Ratio de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	401	392			
Taux de mortalité juvénile	64%	26‰	23‰	22‰	21‰
Taux de mortalité infanto-juvénile	121‰	72‰	65‰	54‰	59‰
taux de mortalité infantile	61‰	47‰	43‰	33 ‰	39‰
Taux de mortalité néonatale	33 ‰ en 2008	29‰	26‰	19‰	
Taux d’achèvement en CPN		50%	50%	48%	47%
Taux d’accouchements dans les établissements sanitaires	62%	73%	71%	77%	75%
Taux d’utilisation pour la CPN	87%	93%	95%	96%	95%
Taux d'accouchement assisté par personnel qualifié	52%	65%	51%	59%	53%
Prévalence contraceptive	10,30%	12%	16%	20%	21,2%
Besoins non satisfaits en PF	32%	39,1%	29,2%	25%	23%

L’analyse du tableau récapitulatif des indicateurs montre qu’au Sénégal, au cours de ces dernières années, les interventions en faveur de la SR et de la Survie de l’enfant ont entraîné une amélioration constante et régulière de tous les indicateurs :

- **Le taux de mortalité infantile** est passé de 61 pour mille en 2005, à 47 pour mille en 2010, à 33 pour mille en 2014.

- Parallèlement, *le taux de mortalité néonatale* a diminué dans des proportions presque identiques : entre 2008 et 2014, elle est passée de 33 pour mille à 19 pour mille.
- Le ratio de mortalité maternelle, même s'il est encore élevé, a continuellement chuté selon les différentes EDS comme indiqué ci-dessus.
- Enfin, la prévalence contraceptive a réellement explosé, passant de 10,3% en 2005 à plus de 21,2% en 2015

Ces résultats, sont le fait de gros efforts réalisés depuis de très nombreuses années , dans les domaines de la formation, de la supervision, des équipements et des ressources humaines etc.

Toutefois, le secteur reste confronté à trois grands défis pour les prochaines années, si les mêmes efforts sont maintenus (surtout en matière de recrutement de personnels qualifiés, et de création de nouvelles structures) :

- *La nécessaire augmentation de la fréquentation et l'achèvement des CPN*
- *Le suivi des accouchements par du personnel qualifié*
- *La réduction des besoins non satisfaits en PF.*

I. LA SANTE DE LA REPRODUCTION ET LA SURVIE DE L'ENFANT

1.1.SANTE DE LA MERE

Avec le lancement des Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2000, le Sénégal a adopté en 2006 une feuille de route multisectorielle pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales pour la période 2006-2015.

Les **objectifs** de la feuille de route étaient de :

- réduire la mortalité maternelle de 510 à 200 décès pour 100 000 Naissances Vivantes en 2015
- réduire la mortalité néonatale de 34,9‰ à 16 ‰ en 2015.

La lenteur observée dans l'amélioration des indicateurs de santé a très tôt interpellé les autorités sanitaires du pays. Entre 2009 et 2014, plusieurs initiatives ont été menées par le Ministère de la Santé et ses différents partenaires. Nous en citerons quelques-unes :

Initiative de gratuité des accouchements et de la césarienne

Elle a démarré en 2004. Cette initiative est une réponse pour améliorer la qualité des soins obstétricaux d'urgence (SOU) et faciliter l'accès des personnes démunies à des soins de qualité. Elle devait aussi permettre d'accélérer la mise en œuvre de la feuille de

route. Pour le démarrage de cette activité, cinq régions ont été choisies selon les critères suivants :

- l'indice élevé de la pauvreté
- la prévalence élevée du taux de mortalité maternelle

C'est ainsi que les régions de Ziguinchor, Kolda, Fatick, Matam et Tambacounda ont été ciblées. Cette initiative de réduction de la mortalité maternelle et néonatale vise toutes les femmes enceintes venues accoucher dans une structure sanitaire.

Toutes les activités suivantes sont gratuites :

- accouchements dans les Centres de Santé (CS).
- accouchements dans les postes de santé.
- césariennes dans les CS à SOU (soins obstétricaux d'urgence).
- césariennes dans les Etablissements Publics de Santé (EPS)

Accordant une priorité aux cibles des OMD 4 et 5, la politique de gratuité des césariennes a été étendue à l'ensemble des établissements publics de santé du Sénégal à partir du 1^{er} janvier 2014. Une convention définissant un niveau de remboursement forfaitaire consensuel (85.000 FCFA) et une description des procédures de remboursement de façon à garantir une utilisation rationnelle des ressources ont été élaborées.

L'enquête d'évaluation des besoins en SONU

L'enquête d'*évaluation des besoins en SONU* a été menée entre 2012 et 2013. Devant la faible disponibilité d'informations relatives à la santé maternelle et périnatale, et pour mieux cibler les différentes interventions, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, en partenariat avec les agences du système des Nations Unies (OMS, UNICEF et UNFPA) et AMREF, a engagé cette *évaluation*. Les investigations ont porté aussi bien sur l'état des structures que sur les équipements, les ressources humaines, les activités obstétricales et la qualité des services offerts.

Les principaux résultats de l'enquête SONU ont été les suivants :

- un net déséquilibre dans la répartition du personnel, entre Dakar et les autres régions en faveur de la capitale, particulièrement pour ce qui concerne les médecins spécialistes.
- l'examen des connaissances et compétences du personnel a montré que les prestataires avaient une assez bonne connaissance des signes d'asphyxie néonatale et des étapes de la GATPA (gestion active de la troisième phase de l'accouchement). Par contre, des aspects clés de la prise en charge des accouchements, des avortements et de leurs complications étaient insuffisamment maîtrisés (diagnostic et surveillance du travail, diagnostic et management de

certaines urgences obstétricales (réflexe de l'examen sous valves devant un saignement génital inexpliqué) ou néonatales (méconnaissance de certains signes d'infection néonatale). La faible utilisation du forceps et de la ventouse, l'absence de systématisation de mesures simples comme la vidange vésicale avant et après l'accouchement et l'omission de certains actes relatifs aux soins essentiels pour les nouveau-nés pouvaient également être cités.

Mais surtout, au terme de cette évaluation, il apparaissait que dans la perspective de l'atteinte des OMD, il restait des efforts significatifs à fournir dans le domaine des infrastructures, de l'équipement, de l'approvisionnement en médicaments et consommables. Néanmoins, le principal défi sera de rendre disponible les ressources humaines de qualité en quantité à travers le recrutement, la formation continue, la supervision et la gestion rationnelle des effectifs.

La Carte de score SRMNI

En 2013, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, en collaboration avec ses principaux partenaires, a travaillé à la mise en place d'un outil de gestion de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. C'est la carte de score SRMNI qui est un outil de gestion (avec une gamme d'indicateurs SRMNI prioritaires) permettant au MSAS de suivre les performances nationales et régionales, et simultanément, d'identifier les problèmes, les priorités d'intervention, de mener des actions correctrices, et de mettre en place un système de suivi des actions sur le terrain.

La Direction générale de la santé, la Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant, la Direction de la planification, de la recherche et des statistiques, le Programme national de lutte contre le paludisme, la Division de lutte contre le SIDA et les IST, entre autres, ont partagé leur expertise afin de développer cet outil. Ce travail a débouché sur la sélection de 35 indicateurs nationaux et régionaux répartis sur 8 catégories et couvrant l'ensemble des priorités nationales en termes de santé de la mère et de l'enfant.

Le Système d'Echange Automatique des Données Sanitaires (SEDA)

C'est un système qui permet la remontée des données sanitaires en temps réel du point de prestation de service (poste de santé, centre de santé) au niveau national. Ce système de remontée des données informatisé est accessible à partir d'un PC ou d'un téléphone mobile. Le SEDA a été testé dans le domaine de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant.

Suite aux résultats satisfaisants ressortis de l'évaluation de la phase pilote dans la région médicale de Fatick et particulièrement le district sanitaire de Foundiougne, le MSAS en partenariat avec l'USAID a procédé à la généralisation du SEDA à l'ensemble des

districts du pays. Actuellement, tous les districts du Sénégal l'utilisent excepté ceux de la région de Louga qui seront enrôlés très prochainement. Les prestataires envoient chaque mois leurs rapports grâce aux formulaires paramétrés.

Prise en charge communautaire de la femme enceinte

L'initiative « Bajenu Gox » qui est un programme communautaire pour la promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, est lancée en 2010. Sa mise en œuvre a permis d'impulser, de développer et d'appuyer des initiatives impliquant la communauté notamment les hommes dans la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post partum.

Autres interventions

Beaucoup d'autres activités ont été menées dans le domaine de la surveillance de la grossesse et de l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié. Les actions entreprises concernent entre autres:

- le renforcement des capacités dans les domaines de la consultation prénatale recentrée, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), de l'accouchement à style libre, de l'utilisation du carnet de santé et des soins essentiels du nouveau-né ;
- le passage à l'échelle de l'offre de Misoprostol au niveau communautaire après une expérience pilote réussie ;
- l'audit des décès maternels et néonataux
- la Surveillance des décès maternels et de la riposte (SDMR) avec la finalisation de l'élaboration des directives nationales et l'orientation des médecins-chefs de région, des points focaux et d'autres institutions
- les mises à jour des politiques, normes et protocoles SRSE

Concernant la planification familiale, il a été reconnu depuis très longtemps que la PF bien conduite, pouvait réduire de 20 à 30% la mortalité maternelle. La prévalence contraceptive s'est nettement améliorée durant ces dernières années, passant de 12% en 2010, à 20% en 2014 et 21,2% en 2015. Conformément aux orientations de la feuille de route multisectorielle de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, la relance de la Planification Familiale (PF) a nécessité beaucoup d'actions majeures qui ont porté principalement sur :

- le renforcement de l'offre de services PF tant dans les secteurs privé que public en vue d'accroître l'accès des populations à des services PF de qualité et conviviaux ;
- la création de la demande de services PF à travers des actions de plaidoyer et de promotion de la PF ciblant et impliquant les leaders religieux, locaux et

- communautaires ainsi que les Organisations Communautaires de Base (OCB), notamment les organisations membres du Réseau Siggil Jigeeen (RSJ)
- l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des Méthodes de Longue Durée d'Action (MLDA)
 - la sécurisation de la disponibilité des produits contraceptifs au niveau des différents niveaux de la pyramide sanitaire (central, région, district et PPS) et l'élargissement de la gamme des méthodes contraceptives
 - le renforcement de la communication pour promouvoir la PF comme une valeur.
 - l'intégration des produits contraceptifs dans le circuit de distribution de la PNA. De même, le logiciel Chanel a été introduit pour assurer le suivi des produits à partir des dépôts de médicaments.
 - le passage à l'échelle de l'offre initiale de la pilule (OIP) par les acteurs communautaires,
 - l'intensification des activités de supervisions intégrées formatives logistiques déroulées dans l'ensemble des 14 régions médicales (PRA et District). Ces supervisions ont permis de renforcer « in situ » les capacités des dépositaires en gestion des produits contraceptifs mais aussi d'évaluer le suivi des plans de résolution des problèmes par le niveau district.
 - la formation des 14 équipes cadre de région du pays sur le Reality check (logiciel). Cette capacitation a permis de renforcer les compétences des ECR sur le plaidoyer, la planification de leurs besoins en contraceptifs et les autres mesures d'accompagnement nécessaires. Les ECR ont émis le souhait de décentraliser l'utilisation de l'outil au niveau district.
 - l'approche tutorat a aussi été utilisée dans le cadre du renforcement des capacités du personnel dans les zones d'intervention d'Intrahealth. Des prestataires qualifiés comme communautaires ont été encadrés sur le site par un tuteur et ceci en collaboration avec les régions médicales et districts sanitaires appuyés par les conseillers régionaux.

Cependant, il y a toujours des problèmes dans la PF: problèmes avec les hommes, les religieux, avec l'insuffisance en infrastructures, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, le coût des services, etc.

1.2.LA SANTE PERI ET NEONATALE

a. CONSIDERATIONS GENERALES

Au Sénégal, la santé de la mère et de l'enfant a toujours été une priorité pour le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Toutes les études depuis 2000 ont montré que la mortalité néonatale représente près de 50 % de la mortalité infantile dans notre pays. En

plus, environ 60 % des décès néonataux ont lieu pendant la première semaine de vie, et le nouveau-né court le plus grand risque de mourir le jour même de sa naissance.

Entre 2000 et 2008, les différentes études et enquêtes ont justifié au Sénégal, la nécessité d'une intervention spécifique en Santé néonatale.

- Taux de mortalité infantile élevé : 61 pour mille en 2005 et 54% en 2008¹
- Taux de mortalité néonatale élevé : 31,4 ‰ et 33% en 2008
- Accouchements non assistés : 53 %²

En fait, pendant longtemps, la santé néonatale a été noyée dans la santé infantile. Aussi, malgré les efforts consentis dans les programmes nationaux durant ces vingt dernières années, le taux de mortalité néonatale n'avait pas beaucoup changé. Plus encore, la santé du nouveau-né n'est pas prise en compte de façon appropriée dans la formation de base des agents de santé (médecins, infirmières et sage femmes). Enfin, déjà en 2000, l'attention avait été attirée sur les OMD. En effet, l'Objectif N°4 était ainsi libellé : *Réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans en 2015*. L'avis le mieux partagé était alors que cet objectif ne pouvait être atteint sans prendre en compte la santé du nouveau-né à l'échelle.

Depuis lors, la santé néonatale a constitué l'un des plus gros défis sanitaires de ce 21^{ème} siècle.

Ce grand défi a été réaffirmé dans le cadre du PNDS, où le caractère prioritaire de la santé de la mère et de l'enfant a encore été réaffirmé. En effet, la première orientation stratégique du PNDS 2009-2018 est ainsi libellée : « accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles, néonatales et infanto -juvéniles ».

Enfin, dans l'intégration de la santé de la mère et la survie de l'enfant, il fallait maintenir le focus sur la santé du nouveau-né. En effet, il y'a une relation très forte entre la mortalité néonatale précoce et l'état de santé de la mère

Aussi, en accord avec ses différents partenaires (BASICS, UNICEF, JICA etc.), le Ministère de la Santé du Sénégal, a essayé de mettre en œuvre un certain nombre d'activités, avec un appui technique maximum dans la période 2009- 2015.

QUELQUES DEFINITIONS

Période périnatale : de la 22^{ème} semaine de gestation à la première semaine de vie postnatale.

¹ Source : Enquête Démographique et de Santé

² Source : ESIS 1999

Période néonatale : Elle commence du 1^{er} au 28^{ème} jour de vie. Elle est divisée en deux parties :

- **la période néonatale précoce** : les sept premiers jours de la vie
- **la période néonatale tardive** : 8^{ème} jour jusqu'à la fin du 28^{ème} jour

Taux de mortalité infantile : Décès enfants (0 - 12 mois) /1000 naissances vivantes

Taux de mortalité néonatale : Décès enfants (0 - 28jours) / 1000 naissances vivantes

Taux de mortalité périnatale :

Nombre de décès entre 22 semaines de grossesse jusqu'à la fin du 7^{ème} jour après la naissance pour 1000 enfants mort-nés et vivants.

b. IMPACT /RESULTATS OBTENUS ENTRE 2009- 2015

L'analyse du tableau récapitulatif des indicateurs (page 29) montre qu'au Sénégal, au cours de ces dernières années, les interventions en faveur de la santé de l'enfant ont entraîné une baisse *du taux de mortalité infantile qui est passé de 47 pour mille en 2010 à 33 pour mille en 2014*. Parallèlement, *le taux de mortalité néonatale* a diminué dans des proportions presque identiques : entre 2008 et 2014, elle est passée de 33 pour mille à 19 pour mille.

Cette évolution extrêmement favorable, est le fruit d'activités patiemment construites et développées, intenses, appuyées par beaucoup de partenaires :

- la mise en œuvre d'un paquet de soins essentiels pour les nouveau-nés (déjà expérimenté à Kébemer, puis validé et formalisé avec le POPAEN)
- le renforcement de la disponibilité et la qualité des services au niveau des structures de santé
- le renforcement de la participation communautaire par la communication pour le changement de comportement, la mobilisation Sociale et le plaidoyer.
- le développement des soins appropriés pour les petits poids de naissance avec la mise en place d'unités Kangourou en privilégiant les régions périphériques où l'accès au personnel spécialisé est limité
- l'élaboration de stratégie de prise en charge de la santé du nouveau-né (méthode kangourou) ;
- la mise en place d'équipements divers (tables chauffantes ; couveuses etc.) ;
- Formation, Suivi – post formation et Supervision
- Suivi–Evaluation

Au niveau institutionnel, beaucoup de programmes et stratégies ont été développés et ont contribué à la réduction de la mortalité néonatale :

- Programme national de santé de la reproduction
- Programme national de nutrition
- Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques
- Programme élargi de vaccination
- Programme national de lutte contre le paludisme
- Programme de nutrition communautaire
- Programme national de lutte contre les IST et le VIH/SIDA
- La PCIME etc.

1.3.LA SURVIE DE L'ENFANT

Les activités de survie de l'enfant ont la particularité d'être gérées par plusieurs divisions et programmes.

En 2015, l'amélioration de la survie de l'Enfant est reflétée par les niveaux d'atteinte des indicateurs tels que le taux d'utilisation du SRO/ZINC d'une part, qui a dépassé la cible fixée en 2015 de 12,7 points et le résultat de 2014 de 3,7 points et d'autre part par la proportion d'enfants malnutris guéris qui est passée de 75% à 78,5%, dépassant le résultat de 2014 et la cible de 2015, avec un écart positif de 3,5 points. Ces résultats obtenus sont imputables aux nombreux efforts fournis dans différents domaines de la survie de l'enfant.

1.4.LA SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

a. CONSIDERATIONS GENERALES

Dans le Rapport de performance 2011 du CDSMT, il est reconnu qu'une prise en charge appropriée de la santé des adolescent(e)s/jeunes peut contribuer fortement à l'atteinte des objectifs 4, 5 et 6 du millénaire pour le développement. En effet, la situation socio sanitaire des adolescent(e)s/jeunes est marquée par :

- leur poids démographique (31,3%)
- la précocité de leur sexualité (avant l'âge de 15 ans)
- le taux de fécondité élevé des adolescentes (93‰ ; zones urbaine 60‰, rurale : 125‰)
- le faible taux de prévalence contraceptive des adolescentes : 5%
- des besoins non satisfaits en matière de PF à 31,1% chez les adolescentes mariées, ce qui les expose à un risque plus élevé de complications éventuelles dus à la grossesse et à l'accouchement.
- l'infection à VIH/SIDA (un tiers des nouvelles infections concerne les adolescent(e)s/jeunes de 15-24 ans)

- la faible intégration de la composante adolescent(e)s/ jeunes dans les Programmes de Santé
- les structures de santé existantes non adaptées à leurs besoins
- l'absence communication entre les parents et les adolescent(e)s/jeunes en matière de la santé de la reproduction.

b. IMPACT /RESULTATS OBTENUS ENTRE 2009- 2015

Pour assurer la disponibilité de l'offre de services de SR aux adolescents, beaucoup d'efforts ont été faits par le Ministère et ses différents partenaires. Ces efforts ont été continus de 2008 à 2015.

L'une des priorités de la SRAJ est de veiller à la réorganisation des points de prestations de services en vue d'améliorer l'accès des adolescent(e)s/jeunes à l'information et à des services de santé de la reproduction de qualité.

Aussi, plusieurs **activités sont menées à partir de 2011**

- Validation du document des Standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes
- Formations au niveau des *districts sanitaires* sur le curriculum *Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents, au niveau communautaire et au niveau scolaire* sur la base du curriculum *Grandir en harmonie*.

En 2012, les réalisations ont essentiellement porté sur le renforcement de l'intégration de la SRAJ dans l'offre de services des PPS, l'amélioration de la qualité des services de SRAJ et le renforcement de compétences des acteurs concernés.

Notons enfin qu'à partir de 2015, selon le Rapport d'activités de la SRSE, la SRAJ a réalisé :

- La formation sur les standards des Services de Santé Adaptés aux Adolescent(e)s/Jeunes (SSAAJ) :
- la formation sur le curriculum d'animation « Construire son avenir » ;
- l'aménagement et l'équipement des espaces ados/jeunes : 16 Espaces ont été mis en place. Des mesures d'accompagnement relatives au bon fonctionnement des espaces ont été prises : renforcement des capacités des prestataires et des pairs-éducateurs, élaboration de supports promotionnels et outils de gestion, équipement complet, activités D'IEC/CCC, etc ... :
- l'élaboration d'un plan de communication :
- la validation et la finalisation de supports promotionnels sur la SRAJ ;
- l'élaboration et la validation du curriculum Education à la Santé sexuelle ;
- la supervision SRAJ.

Entre 2009 et 2015, tous les indicateurs en SR ont été significativement améliorés, même si l'évolution est lente (voir tableau de synthèse). Des progrès ont été réalisés en termes de multiplication des infrastructures sanitaires et leur équipement, le développement des ressources humaines par la formation, le développement de supports promotionnels.

Le ratio de mortalité maternelle, même s'il est encore élevé, a continuellement baissé passant de 850 pour 100 000 naissances vivantes dans les années 86/87 à 392 pour 100 000 vivantes en 2010-2011 en passant à 510 pour 100 000 NV en 1992-93 et 410 pour 100 000 NV en 2005.

La mortalité néonatale est passée de 35‰ en 2005 à 29‰ en 2010-2011

L'Evaluation à mi-parcours aura aussi permis de mettre en évidence d'autres enseignements comme:

- l'amélioration de l'utilisation des structures de santé par les femmes enceintes durant la grossesse, l'accouchement ou dans le post-partum : La proportion de femmes enceintes ayant fait au moins une consultation prénatale est élevée et en constante progression : 87% en 2005 ; 93,3% en 2010 ; 96% en 2014, selon les données des EDS. Pour expliquer l'évolution assez lente des indicateurs, il faut donc se poser des questions par rapport à la qualité technique de ces CPN : utilisation effective des Normes et Protocoles en SR, dépistage des facteurs de risque et d'affections au cours de la grossesse, formation de base du personnel technique (SFE et IDE), efficacité de la supervision, etc...
- l'augmentation de la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié : 52% en 2005 ; 65% en 2006 et 59% en 2014. Cette variation pourrait s'expliquer par l'insuffisance quantitative en ressources humaines qualifiées, qui a été tant décriée ces dernières années. Elle pourrait surtout justifier les gros efforts de recrutements de SFE, qui ont été magnifiés par les Autorités Administratives, les Responsables des Régions /Districts sanitaires.
- Les SONU constituent un très sérieux défi à relever.

Des difficultés persistent néanmoins pour l'accessibilité aux soins (facteurs socioculturels retardant le recours aux soins, problèmes financiers pour accéder aux soins, accessibilité

géographique dans certaines zones, insuffisance en ressources humaines qualifiées etc...).

Pour y remédier, il faut assurer une protection accrue des groupes vulnérables avec la mise en place d'un système de couverture maladie universelle accompagnée de :

- une amélioration significative de la qualité des soins ;
- un relèvement du plateau technique des Centres de santé ;
- une révision de la carte sanitaire pour une distribution plus équitable de services ;
- un plan de développement des ressources humaines avec un accent sur la motivation du personnel travaillant dans des zones difficiles

QUELQUES RECOMMANDATIONS EN SRSE

1. Renforcer les ressources humaines qualifiées (Médecins, SFE, etc...)
2. Consolider la disponibilité des produits contraceptifs avec les stratégies initiées par la PNA
3. Former les prestataires (Médecins, SFE, IDE, etc...) en Santé de la Reproduction et survie de l'enfant (Technologie contraceptive ; SAA, SOU, PCIME, etc.)
4. Renforcer la supervision, le suivi/évaluation, la mise en œuvre du tutorat et la relance du monitoring, etc
5. Relancer /diffuser les argumentaires religieux sur la PF, les MGF, etc...
6. Intensifier les activités de plaidoyer au niveau communautaire (Modèle REDUCE, etc...)
7. Rendre fonctionnels les blocs SOU : mettre en place des stratégies (ex : indemnités liées au poste) pour que les agents SOU puissent rester en place pendant une période de 03 ans au minimum
8. Arrêter le cumul Médecin Chef de District/Médecin SOU par le recrutement d'un autre compétent SOU

II. LA LUTTE CONTRE LA MALADIE

2.1. LES MALADIES TRANSMISSIBLES

2.1.1 LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

a. CONSIDERATIONS GENERALES

Dans les objectifs du PNDS, un effort particulier devait être mis dans l'intégration des interventions. Une approche plus ciblée devait être développée pour la prise en charge du SIDA. Il s'agissait d'apporter la meilleure réponse au caractère concentré de cette épidémie, à sa féminisation et au cas particulier des régions de Kolda et Ziguinchor où la prévalence est trois fois supérieure à la moyenne nationale.

La situation de l'épidémie à VIH/sida au Sénégal est caractérisée par une épidémie stable et concentrée. La prévalence du VIH est faible dans la population générale autour de 1%, ainsi que dans la plupart des catégories socioprofessionnelles, sauf chez les populations les plus exposées au risque du VIH notamment les professionnelles du sexe, les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les usagers de drogues injectables.

b. IMPACT /RESULTATS OBTENUS ENTRE 2009- 2015

Plusieurs études et enquêtes ont été menées dans la période 2009-2014. Ces études ont confirmé d'une manière générale, le caractère concentré de l'épidémie du VIH au Sénégal. En effet, la prévalence du VIH qui depuis plus d'une dizaine d'années est restée au-dessus de 1% (1,4% en 2006) est estimée à 0,7% en 2009.

Mais, derrière ce faible taux, se cachent certaines disparités:

- La féminisation de l'épidémie : le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans est supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges : 0,8% contre 0,5%. Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,6 ; autrement dit, il y a 160 femmes infectées pour 100 hommes. D'où une tendance à la baisse du ratio d'infection femme/homme, qui est passé de 2,25 en 2005 (EDS IV) à 1,6 en 2010 ;
- des disparités régionales : les régions de Kolda (2,4% pour les femmes et 2,4% pour les hommes), Kédougou (2,5% pour les femmes et 0,7% pour les hommes) Tambacounda (1,6% pour les femmes et 1,2% pour les hommes) ; Sédhiou (2,0% pour les femmes et 0,0% pour les hommes) et Ziguinchor (1,1% pour les femmes et 0,9% pour les hommes) présentent les prévalences les plus élevées. Comme on le constate, ces résultats montrent d'une part, que les régions du sud (Kolda, Sédhiou, Ziguinchor), du sud-est (Tambacounda, Kédougou) et du centre (Kaolack) sont les plus touchées par l'épidémie et d'autres part, que les femmes sont nettement plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH ;

- variation du VIH selon l'âge : dans l'ensemble, la prévalence augmente avec l'âge passant de 0,1% chez les personnes âgées de 15-19 ans à 1,9% chez celles âgées de 45-49 ans. Ces variations de la prévalence selon l'âge diffèrent selon le sexe. Chez les femmes, la prévalence la plus élevée est observée dans la tranche d'âge 45-49 ans avec un taux de 2,4% et chez les hommes, ce sont ceux âgés de 40-44 ans qui sont les plus touchés avec une prévalence de 1,2%. Les résultats de l'enquête montrent également que chez les femmes, c'est à partir de 25 ans que la prévalence atteint des niveaux élevés (1,5% à 25-29 ans à 2,4% à 45-49 ans).

Pour la PTME (Prévention de la transmission de la mère à l'enfant) : le passage à l'échelle des interventions de la PTME s'est fait de façon progressive avec une augmentation du nombre de sites passant de 404 en 2009 à 648 en 2010 et 976 en 2011, parmi lesquels il y a 109 sites offrant le paquet complet de PTME (conseil, dépistage et ARV).

Selon les résultats des sites sentinelles, le taux de prévalence en 2010 est de 0,9% pour une cible de 1,3% soit un écart de -0,4%. Ce résultat traduit une performance du programme par rapport à cet indicateur car largement au-dessous de l'objectif de 1,5% fixé pour la cible CDSMT et moins de 3% pour la cible DSRP.

En ce qui concerne le nombre de personnes sous ARV, le résultat obtenu en 2010 est de 320 000 pour une cible de 210 000.

Avec l'introduction du conseil dépistage à l'initiative du prestataire, le taux de proposition est passé de 73% en 2007 à 92% en 2009/2010. La proportion de femmes enceintes bénéficiant du dépistage lors des CPN est passée de 9% en 2007 à 25% en 2008, 41% en 2009 et 26% en 2010/2011 (non complétude des données du fait de la rétention des données).

Enfin, **l'enquête Elihos 2014** a été menée auprès de 1012 MSM provenant de 10 sites (9 régions) du Sénégal : Dakar, Thiès/ Mbour, Diourbel, Kaolack, Louga, Saint Louis, Tambacounda, Ziguinchor, Sédhiou.

Elle a montré, entre autres multiples informations, les résultats suivants:

- Une baisse de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les MSM entre 2007 et 2014 ;
- Une baisse de la prévalence du VHB entre 2007 et 2014 ;
- Une faible prévalence du VHC

Il existe un bon ciblage des régions du Sud conformément au faciès de l'épidémie nationale et une prise en compte de la dimension transfrontalière

- une bonne synergie d'action des différents acteurs : secteur santé, société civile, acteurs communautaires a permis de renforcer la réponse
- la couverture en sites de suivi des populations clé s'est fortement améliorée notamment avec la stratégie d'intégration dans les régions du Sud
- une bonne complétude des données IST
- il existe une bonne disponibilité des molécules de référence IST à tous les niveaux.

Au total : L'existence d'une multitude d'études, d'enquêtes, et d'activités, démontre la très grande vitalité de ce programme, avec un engagement constant et diversifié de l'Etat et des partenaires.

2.1.2 LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

a. CONSIDERATIONS GENERALES

Au Sénégal, la lutte contre le paludisme est inscrite parmi les priorités nationales définies dans la politique de santé. Des directives techniques claires ont été élaborées pour la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le paludisme conformément aux recommandations de l'OMS. Cette option figure en bonne place dans le PNDS, et traduite en actions dans le Paquet intégré de Services (PIS) et dans les plans de mise en œuvre du programme.

Une volonté politique a été manifestée par les autorités nationales, en première ligne par le Président de la République. Cet engagement s'est traduit par l'augmentation progressive du budget global de la santé et la création d'une ligne budgétaire spécifique pour la lutte contre le paludisme.

b. IMPACT /RESULTATS OBTENUS ENTRE 2009- 2015

L'évolution de la prévalence parasitaire de 2009 à 2014, classe toujours le Sénégal parmi les pays de l'Afrique Sub-saharienne où le paludisme est endémique et constitue un problème de santé. Cependant, ce fardeau 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.

Dans le souci d'apprécier les progrès vers l'atteinte des objectifs et d'améliorer la mise en œuvre des interventions, le Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP) a procédé en 2013, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, à l'évaluation à mi-parcours de son PSN 2011 – 2015 de lutte contre le paludisme. Cette évaluation a permis d'apprécier les performances du programme tant des points de vue technique que financier et de formuler des recommandations. Parmi celles – ci, la mobilisation des ressources avait occupé une place importante compte tenu des difficultés rencontrées dans le financement des activités lors de la mise en œuvre de la première phase. Ainsi, au-delà des efforts fournis pour une contribution plus importante de l'Etat,

le PNLP a exploré d'autres opportunités de financements dont celles en rapport avec les financements internationaux.

Selon l'évaluation à mi-parcours du PSN/PNLP 2011-2015, le nombre de cas de paludisme dans la population générale, a diminué au Sénégal passant de 274 119 cas en 2011 à 265 624 cas en 2014. Une légère hausse du nombre cas a été observée en 2013, coïncidant avec l'intensification des activités de la PECADOM. Cette même tendance est observée chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes où le nombre de cas est passé respectivement de 46 930 cas à 41 807 et de 6 672 cas à 6 465. Cette baisse de l'incidence peut s'expliquer en outre par la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire de toutes les stratégies de contrôle du paludisme mais aussi par une meilleure connaissance de la maladie par les populations. Des pics ont été observés entre 2012 et 2013, qui pourraient être en rapport avec l'intensification de la recherche des cas et l'extension des stratégies PECADOM

L'évaluation à mi-parcours du plan stratégique 2011-2015, avait surtout montré une augmentation des indicateurs de morbidité et de mortalité hospitalière contrairement aux tendances observées les années précédentes. En effet, entre 2009 et 2012, la morbidité proportionnelle était passée de 3,07 à 4,9%, la létalité hospitalière de 2,9% à 4,2%, et enfin la mortalité proportionnelle de 4,4% à 7,7%. Ceci pourrait s'expliquer par les difficultés rencontrées entre 2011 et 2012 dans la gestion du paludisme en général et principalement dans le suivi de la disponibilité des intrants (ACT et TDR) à cause de l'insuffisance des financements. A partir de 2012, la tendance a été renversée pour tous ces indicateurs, avec des baisses observées entre 2012 et 2014.

Il faudra toutefois noter que le fardeau de la maladie est toujours lourd dans certaines régions du pays où les décès qui lui sont attribuables persistent. Des défis demeurent encore, notamment ceux en rapport avec l'accès universel aux interventions majeures comme l'utilisation des Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) et le traitement par les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) jusqu'au niveau communautaire après un diagnostic avec les tests de diagnostic rapide (TDR).

Au total : Malgré ces résultats, le paludisme demeure un problème de santé publique au Sénégal avec des niveaux d'ampleur et de gravité différents par zone (inter et intra zone).

L'environnement de la lutte contre le paludisme au Sénégal est devenu favorable à une bonne performance des interventions dans le cadre du PSN du fait d'un fort engagement politique au niveau national, matérialisé dans le PSE et la CMU surtout pour les couches les plus vulnérables. En effet, le paludisme est élevé au rang de priorité dans la politique de développement. Cet engagement politique est perçu aussi à travers les déclarations officielles des autorités politiques du pays, en particulier celle du Président de la République (Reference : ouverture de la réunion de la Banque Mondiale sur le paludisme

en Septembre 2007) qui, à cette occasion, a réaffirmé la volonté du Sénégal à traquer le paludisme et à s'orienter résolument vers son éradication.

2.1.3 LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

a. CONSIDERATIONS GENERALES

Le Sénégal, à l'instar de la communauté internationale, a adopté les objectifs d'impact du Partenariat mondial **Halte à la tuberculose** en droite ligne pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement. L'objectif principal est d'arrêter et d'inverser l'incidence de la TB avant 2015, et de réduire de moitié la prévalence et la mortalité liées à cette maladie comparé à leur niveau en 1990.

b. IMPACT /RESULTATS OBTENUS ENTRE 2009- 2015

Selon l'OMS, l'incidence de la tuberculose au Sénégal était estimée en 2009 à 282 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues pour 100 000 habitants, ce qui fait un total attendu de 35 000 nouveaux cas de TB durant l'année. La prévalence (anciens et nouveaux cas) était estimée à 558 cas pour 100 000 habitants pour un nombre absolu estimé de 70 000 cas de tuberculose. Quant à la mortalité de la tuberculose, elle est estimée à 72 décès par 100 000 habitants soit une estimation de 9 000 décès environ liée à la tuberculose en 2009.

En 2010, les structures sanitaires du pays ont notifié 11 061 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues correspondant à un taux d'incidence de 88 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants. L'ensemble des cas de tuberculose, nouveaux comme anciens, notifiés en 2010 s'élevait à 11 590 cas, soit une prévalence de 93 cas pour 100 000 habitants.

Les nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive notifiés en 2010 étaient de 7 688 cas, ce qui correspond à un taux de détection de 55% sur la base d'une estimation du taux d'incidence de la tuberculose à microscopie positive de 110 nouveaux cas pour 100 000 habitants.

En ce qui concerne les 7882 nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive déclarés au Sénégal en 2009, les 84% d'entre eux ont été traités avec succès. Ce taux a probablement atteint voire dépassé l'objectif fixé de 85% du fait de la non complétude des données du pays. En effet 3% de l'effectif de la cohorte de 2009 n'ont pas été analysés en raison du mot d'ordre du principal syndicat des agents de la santé de rétention des informations sanitaires en 2010.

Le taux d'abandon des malades atteints de tuberculose à microscopie positive sous traitement a été considérablement amélioré passant de 21% en 2001 à 5% pour la cohorte de l'année 2009. Quant à la létalité, elle est de 4% en 2009. Il faut noter que la rétention

des informations sanitaires, a impacté dans la complétude des données qui tourne autour de 92%.

Il faut surtout noter que, pour la lutte contre la Tuberculose, le pays a acquis une grande capacité de détection des cas. Le taux enregistré en 2013 qui était de 68%, s'est amélioré en 2014 pour atteindre 72%.

Aujourd'hui, les cas de tuberculose sont mieux détectés par le personnel de santé et les communautés. Ainsi, la charge de morbidité pourrait bien diminuer après 2015 lorsque tous les cas présents seront dépistés et traités à temps.

L'amélioration des taux de succès et de guérison s'explique par une meilleure capacité de prise en charge des cas au niveau des structures périphériques, ce qui a par ricochet entraîné la baisse de la létalité qui passe de 6 % à 5% malgré qu'il n'ait pas atteint le niveau souhaité de 3%.

Pour l'atteinte de ces résultats, des activités de formation ont été menées ciblant des techniciens de laboratoires, des prestataires impliqués dans le suivi des malades atteints de tuberculose, des pédiatres pour le volet tuberculose de l'enfant et des gestionnaires de dépôts et centrales d'achat de médicaments. En plus, des missions de supervisions, des campagnes d'information et de sensibilisation et des revues d'analyse des performances ont été organisées par l'unité centrale du PNT.

Par ailleurs, le laboratoire national de référence a été renforcé par :

- l'introduction de nouvelles technologies de diagnostic avec la mise en route d'une extension au niveau de trois laboratoires de région.
- le plateau technique est renforcé pour améliorer les cultures et les tests rapides
- des unités mobiles radiologiques ont été acquises pour booster le dépistage des cas à l'endroit des groupes vulnérables et ont commencé à renforcer la détection des cas insoupçonnés.

Cependant, des difficultés existent encore et sont liées à :

- l'insuffisance de la couverture sanitaire,
- la ténacité de la stigmatisation rendant l'accès aux soins difficile et cher et favorisant le recours aux tradipraticiens,
- un faible niveau du plateau technique, aggravé par l'absence de radiologie dans bien des districts,
- un déficit du personnel qualifié et motivé entraînant un non-respect du système de référence et de contre-référence,
- une collaboration difficile avec les écoles de formation en santé,
- une faible implication des collectivités locales (élus locaux et autres leaders),

- une faiblesse du partenariat avec les autres secteurs publics et privés,
- une insuffisance du financement.

Au total : Les interventions menées dans le cadre de la lutte contre la tuberculose ont permis d'améliorer régulièrement les performances du programme. Le taux de succès du traitement est passé de 85% en 2012 à 87% en 2013. La réduction du taux de perdus de vue est passé de 7% en 2012 à 6% en 2013. Le taux de détection de cas de tuberculoses toutes formes confondues est passé de 58% en 2012 à 70% en 2013. Ces résultats, bien que significatifs, demeurent encore insuffisants par rapport aux objectifs fixés par le plan stratégique national et les OMD. Malgré les efforts consentis par le programme avec la contribution des relais communautaires dans la recherche des perdus de vue, le taux de perdus de vue a été amélioré d'un point par rapport à l'année 2012, mais l'objectif du maintien du taux en dessous de 5% n'a pas été atteint.

2.1.4 SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET RIPOSTE

Le **Programme Elargi de Vaccination (PEV)** est très intimement lié à l'organisation de la **Surveillance épidémiologique et de la riposte**. En effet, initié au Sénégal depuis 1979, le PEV a pour mission la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies cibles évitables par la vaccination. Il vise **également** la lutte contre les maladies à potentiel épidémique par une surveillance active et passive des cas mais aussi par une riposte adéquate aux épidémies.

La mise en œuvre de la politique de santé a permis des avancées notables dont la réduction du taux de mortalité infanto juvénile. Le PEV a fortement contribué à cette baisse par la mise en œuvre d'initiatives et de stratégies de lutte accélérée contre la maladie notamment contre la poliomyélite, la rougeole et par l'introduction de nouveaux vaccins (hépatite b et Hib) sous forme de pentavalent.

La baisse du taux d'incidence du tétanos néonatal (TNN), de 33 cas en 2003 à 16 en 2009 est due à l'organisation des campagnes de vaccination de masse contre le Tétanos materno-néonatal (TMN) dans les districts à risque, à l'amélioration des couvertures de routine et à l'amélioration des conditions d'accouchement.

Si en 2011, aucun district sanitaire n'a connu d'épidémie de rougeole. Par contre, ce n'est pas le cas en 2012, où cinq (5) districts ont déclaré une épidémie de rougeole.

En 2011, il est mis en place au niveau de la Direction de la Prévention, une Division de la Surveillance et de la Riposte Vaccinale qui s'appuie sur un réseau de points focaux au niveau des régions médicales, des Etablissements Publics de Santé et des districts sanitaires. Le système de surveillance est centré sur le district sanitaire avec l'appui du réseau national de laboratoires.

Cette division a en charge la conduite de la surveillance des maladies à potentiel épidémique ainsi que celles qui sont à déclaration obligatoire. Cette surveillance est menée selon une approche intégrée, dénommée système de Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR).

Un bulletin hebdomadaire de surveillance épidémiologique est régulièrement publié et prend en compte toutes les maladies sous surveillance.

Dans ce cadre, un certain nombre de réalisations a été enregistré à travers la mise en œuvre des PTA. Il s'agit, entre autres, des réalisations suivantes :

- la surveillance épidémiologique qui a été rendue effective dans la totalité des districts sanitaires du pays (76) ;
- la dotation en équipement et consommables de 10 laboratoires régionaux pour la surveillance épidémiologique ;
- la dotation en équipements et consommables de 4 laboratoires de référence nationale (Albert Royer, DANTEC, FANN, IHS) pour les activités de surveillance ;
- la tenue de réunions de coordination avec les points focaux de surveillance des régions et des hôpitaux ;
- la formation/recyclage de points focaux de surveillance et de médecins

Le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique souffre de la faible capacité diagnostique des laboratoires périphériques pour la confirmation des diarrhées sanglantes, du choléra, et de la méningite cérébro-spinale. Le fonctionnement de la Direction des Laboratoires devrait aider à améliorer cette situation.

2.1.5 LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES

a. CONSIDERATIONS GÉNÉRALES

Il s'agit d'affections invalidantes, qui affectent plus d'un milliard de personnes à travers le monde, surtout dans les zones rurales d'Afrique. Au Sénégal, dix (10) MTN sont prises en compte dans les plans stratégiques de lutte intégrée contre les MTN (2007-2011 et 2011-2015).

La publication par l'OMS du document intitulé «Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des Maladies Tropicales Négligées : feuille de route pour la mise en œuvre » suivie de la Déclaration de Londres en janvier 2012 ont suscité un engagement public à mettre un terme définitif à dix (10) MTN hautement prioritaires d'ici 2020. En novembre 2012, les parties prenantes à la lutte contre les MTN issues de 65 pays se sont réunies à Washington pour discuter des moyens de s'assurer que les médicaments offerts par l'industrie pharmaceutique atteignent ceux qui en ont besoin.

En réponse à cet engagement mondial, l'OMS/AFRO à l'occasion d'une réunion des ministres de la santé en juin 2012, a lancé « l'Appel à l'Action urgent d'Accra sur les MTN » et a exhorté toutes les parties prenantes à accélérer les efforts de lutte et d'élimination des MTN ciblées dans la Région africaine. Ainsi, le plan stratégique de la Région africaine de l'OMS a été élaboré pour la période 2014-2020. La vision est celle d'une « Afrique exempte de MTN » et le but est d'« accélérer la réduction de la charge de morbidité à travers le contrôle, l'élimination et l'éradication des MTN ciblées, et contribuer à l'allègement de la pauvreté, ainsi qu'à l'amélioration de la productivité et de la qualité de vie des personnes touchées dans la Région africaine ».

b. IMPACT /RESULTATS OBTENUS ENTRE 2009- 2015

Devant cette initiative mondiale et régionale, le Sénégal a élaboré et mis en œuvre deux plans stratégiques respectivement pour les périodes 2007-2011 et 2011-2015. Ces plans ont été essentiellement consacrés à la lutte contre les MTN à Chimiothérapie Préventive de Masse (CPM). La cartographie des MTN bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse a été achevée depuis 2013 et le passage à l'échelle de la Distribution de Masse de Médicaments (DMM) dans tous les districts éligibles a été mené avec difficultés. Des performances timides ont été obtenues dans l'exécution des campagnes contre la filariose lymphatique. Ceci s'explique par la faiblesse des ressources humaines et financières disponibles mais aussi par la faible mobilisation des communautés et professionnels de la santé autour des MTN.

De plus, les MTN à Prise en Charge de Cas (PCC) ont été très faiblement prises en compte.

L'analyse des résultats pour les MTNs dites à prise en charge au cas par cas (PCCC), montre un taux de réussite qui se situe autour de 72,66% malgré les pertes de vue pour les malades atteints de lèpre. Aucun cas de Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) n'a été trouvé au Sénégal lors des enquêtes menées par l'UCAD en partenariat avec l'OMS et l'IRD entre 2013 et 2014.

En ce qui concerne le Ver de Guinée, le Sénégal a été certifié pour l'interruption de la transmission par la Commission Internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose (CICED). Cependant, l'OMS recommande de maintenir les programmes nationaux dans tous les pays ayant été certifiés et de poursuivre les efforts dans le cadre de la surveillance épidémiologique jusqu'à l'éradication de la maladie.

Après la mise en œuvre des campagnes de chimiothérapie de masse, les résultats obtenus ont été satisfaisants, et parfois même bien au-delà des cibles.

En 2009, une importante épidémie de dengue à sérotype 3 a été observée pour la première fois au Sénégal. Le cas index diagnostiqué (porteur du virus Den-3) est un immigré

sénégalais de retour de vacances en Italie. Au total 194 cas ont été confirmés par l'Institut Pasteur de Dakar (IPD), mais ces chiffres resteraient très en deçà de la réalité du fait de la méconnaissance de l'affection et de l'absence de diagnostic.

A l'instar des pays de la sous-région, le Sénégal s'est engagé à lutter efficacement contre ces maladies. Les objectifs visés à l'horizon 2020 sont : le contrôle, l'élimination ou l'éradication conformément à la feuille de route mondiale. Dans la perspective d'agir plus vite pour réduire l'impact de ces MTN, des plans stratégiques ont été élaborés et dix maladies sont ciblées dans la lutte. Il s'agit de :

- Cinq (5) maladies à Chimiothérapie Préventive de Masse : Trachome, Filariose Lymphatique, Onchocercose, bilharzioses et Géohelminthiases ;
- Cinq maladies (5) à Prise en Charge de Cas : lèpre, rage, dracunculose, leishmaniose et dengue.

Sous l'impulsion de l'OMS, de nouveaux partenaires s'impliquent dans la mise en œuvre de stratégies de lutte efficaces et réalistes mettant l'accent sur la rationalisation des ressources disponibles ainsi que sur la pleine utilisation de moyens diagnostiques et thérapeutiques efficaces.

Le Sénégal s'est résolument engagé, à travers ces plans stratégiques pour :

- Eliminer le trachome cécitant, la filariose lymphatique et les incapacités dues à la lèpre d'ici 2020,
- Contrôler les schistosomiasés, les géohelminthiases, la rage, la dengue et la leishmaniose cutanée en mettant l'accent sur les approches préventives, communautaires et les soins de base.

La consolidation des succès obtenus en matière de lutte contre la maladie du ver de guinée et l'onchocercose sera un défi majeur à relever dans un contexte de changement climatique et de perturbation des écosystèmes.

2.2 LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

2.2.1 LES MALADIES A SOINS COÛTEUX

a. CONSIDERATIONS GENERALES

Les maladies à soins coûteux ciblent particulièrement le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et la drépanocytose. L'objectif visé par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale est de rendre le traitement contre ces maladies plus accessible en renforçant les capacités des services de santé au niveau des régions et districts pour assurer un dépistage précoce et un traitement adéquat.

b. IMPACT /RESULTATS OBTENUS ENTRE 2009- 2015

Dans ce cadre, les activités prioritaires demeurent la mise en place d'unités de dialyse rénale, ainsi que d'unités de prise en charge diabétique fonctionnelles dans tous les hôpitaux régionaux.

A cet effet, pour l'année 2014, sur une cible de 100% d'hôpitaux régionaux disposant d'une unité de dialyse rénale, et 30% disposant d'unités de prise en charge diabétique ; les résultats obtenus ont été de 30% pour les unités de dialyse rénale, soit un écart négatif de 70%. C'est dire que, seul moins du tiers de l'objectif a été atteint. Concernant le niveau d'atteinte de la cible pour les unités de prise en charge des diabétiques, l'information n'est pas disponible, mais il faut rappeler qu'un taux de 20% a été déjà atteint en 2013.

Au niveau local et régional, des activités ont été menées pour le contrôle du diabète, de l'HTA, du Cancer du col, etc. Pour la plupart, ce sont des activités classiques : sensibilisation, formation, appui institutionnel etc.

2.2.2 LA SANTE MENTALE

Les résultats atteints dans le cadre de la prise en charge des problèmes de santé mentale se résument à un recrutement de 2 psychiatres soit une réalisation de 50% par rapport à la cible, et la mise en place du centre méthadone. Tous les autres objectifs n'ont pas été atteints.

La situation est plus alarmante pour les maladies psychiatriques, la médecine traditionnelle où pratiquement, toutes les activités dans les régions viennent du niveau central. Il se pose avec acuité l'urgence d'un déploiement de ces compétences et/ou spécialistes dans les Régions. A défaut, ces insuffisances pourraient aussi justifier la nécessité de recyclages périodiques des MCD/MCR, et une plus grande collaboration entre le Ministère de la Santé et la Faculté de Médecine.

Les résultats très mitigés dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles sont liés à un certain nombre de difficultés parmi lesquelles:

- le retard pour la construction des infrastructures et l'acquisition des équipements médicaux.
- l'insuffisance de ressources (humaines, financières, matérielles...)
- l'insuffisance de structures de prise en charge au niveau périphérique
- l'indisponibilité ou rupture de psychotropes au sein des structures de soins de santé mentale.

CHAPITRE 2 : LA GESTION DE L'ACCUEIL, DES URGENCES ET DE LA QUALITE DANS LES STRUCTURES SANITAIRES

Questions: Le SAMU national est fonctionnel dans la région de Dakar mais doit se redéployer dans toutes les régions mais partenariat à développer avec le secteur privé de santé et les collectivités locales

SAU en cours de mise en place dans les EPS mais la prise en charge des urgences est en général insuffisante

Beaucoup d'expériences communautaires de prise en charge des urgences non mises à l'échelle ou pas connues

Globalement dans les régions visitées, d'importants efforts ont été déployés aussi bien par l'Etat que par les PTF et les populations, tant en personnel qu'en logistique, ce qui a permis d'améliorer de manière sensible, l'accueil et la prise en charge des urgences.

2.1. L'ACCUEIL ET LES URGENCES

a. CONSIDERATIONS GENERALES

Depuis fort longtemps le point faible des hôpitaux a été l'accueil et les urgences. En effet, les problèmes d'organisation de la prise en charge de l'accueil et des urgences ont souvent terni l'image des hôpitaux.

La situation de l'accueil n'était pas des meilleures au point que le ministre de la santé a formulé des directives dans ce sens, lesquelles directives ont mis l'accent sur des critères dont :

- la désignation d'un responsable des urgences,
- la disponibilité de la trousse,
- la ligne téléphonique,
- l'affichage de la charte du malade,
- la nomination d'un coordonnateur des urgences,
- l'existence d'un bureau d'accueil,
- et la mise en place d'un SAU.

L'évacuation et l'accueil des malades sont souvent mal organisés ce qui entraîne fréquemment des décès évitables, alors que la loi fait obligation aux structures

hospitalières d'assurer leur prise en charge. Cette mauvaise organisation se reflète à travers :

- le transport non médicalisé des évacués,
- les fréquents rejets des patients, soit à cause de problèmes de paiement, soit par manque de place.

b. IMPACT /RESULTATS OBTENUS ENTRE 2009- 2015

Les Services d'accueil et d'urgences (SAU) ont été les derniers à être renforcés dans pratiquement tous les hôpitaux, ce qui se traduit, sur toute la chaîne de la référence /contre référence, par une mauvaise qualité de la prise en charge des malades.

Il convient dès lors de mettre aux normes les SAU qui se sont développés ces dix dernières années avec l'avènement des Projets d'Etablissement et des CPOM.

Les principaux problèmes qui se posent fréquemment dans les SAU ont pour noms :

- manque de trousse d'urgence en médicaments et de matériel,
- problèmes de communication,
- problème d'organisation et de compétence.

Cependant, beaucoup d'efforts ont été faits sur l'Accueil et l'évaluation. En effet, dès 2005, un document sur la référence/ contre référence a été produit au niveau national par la Direction de la Santé. Ce document a été partagé et validé avec des applications variées selon les zones d'interventions. Par exemple dans la zone Nord, le PIC III a appuyé le processus référence/ contre référence y compris la mise en place des SAU dans les EPS. Le processus est en cours de généralisation sur l'ensemble du territoire.

Le transport des malades vers les références demeure encore une préoccupation pour le Ministère de la Santé.

- Au niveau national, le Groupement National des Sapeurs-Pompiers a toujours assuré le transport des malades. Le Ministère de la Santé a attribué des ambulances le plus souvent non médicalisées aux structures de santé, et tend vers la réalisation de la norme « de deux ambulances par District ».
- Au niveau périphérique et particulièrement dans les zones rurales, les évacuations sanitaires posent problème avec la prise en charge du transport du malade (paiement, enclavement, disponibilité de l'ambulance, etc. ...). Dans plusieurs zones rurales surtout pour les zones rurales enclavées, le dispositif d'évacuation est quasi inexistant le malade est évacué dans des conditions très difficiles (à cheval, charrettes, véhicule « clando » ou hamac). Néanmoins, des efforts importants ont été réalisés aussi bien par l'Etat que par les populations, afin de

doter les postes de santé en ambulances. La téléphonie mobile a aussi beaucoup amélioré le dispositif des évacuations. Des systèmes d'organisation autonomes de prise en charge ont aussi été organisés par les populations dans certaines localités, notamment pour l'évacuation des femmes parturientes, et pour certaines urgences. Ces expériences communautaires, bien qu'appuyées en particulier par l'UNFPA, n'ont pas encore été mises à l'échelle.

Pour renforcer le dispositif d'évacuation des malades, l'ONG ASF avait mis en place 2 de ses avions à partir de 2008, mais, les problèmes de gestion, de suivi et d'organisation ont conduit l'ONG à retirer ses aéronefs. Depuis 2015, l'ONG a mis encore à disposition un avion positionné dans la périphérie.

L'avènement du SAMU national a beaucoup contribué à améliorer le système de référence.

En 2005, une loi a été adoptée et un (1) décret d'application sur les transports sanitaires ont été adoptés mettant en place le SAMU national, érigé en établissement autonome avec un dispositif important dont un logiciel de gestion (de suivi des patients, des appels et du traitement des informations).

Des protocoles d'urgence (PNP) avec l'appui du Luxembourg ont été élaborés en 2011 par le SAMU National, en coordination avec l'UCAD. Par la suite, en 2014 l'USAID, a appuyé les formations décentralisées (près de cinq cent personnes) et la dans la supervision du personnel médical et paramédical dans les régions de Kolda, Kaolack, Kaffrine et Sédhiou.

Un Plan stratégique du SAMU 2013- 2017 a été élaboré, mais à un an du terme du plan, il n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours.

Il a mis en place le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) avec le numéro d'appel 1515, et une équipe veille 24 H sur 24 pour la prise en charge des malades et leur transport dans des ambulances médicalisées. Ceci se fait en liaison avec les EPS, le Groupement National des Sapeurs-Pompiers (GNSP) qui est représenté dans le SAMU National, et avec SOS médecins, SUMA assistance et les cliniques privées. Le SAMU national dispose de six (6) médecins régulateurs fixes et quinze (15) à temps partiels pour la garde.

Un plan de communication du SAMU n'existe pas, raison pour laquelle même au sein du MSAS, ses activités ne sont pas bien connues, ni suivies. Un important travail de communication est à développer afin d'assurer la visibilité du SAMU.

Le SAMU, pour pallier au manque criard des médecins urgentistes dans le système, a développé un Centre d'enseignement en soins d'urgence en relation avec l'UCAD.

Au plan du partenariat, le SAMU n'a pas encore de convention avec les collectivités locales et donc ne reçoit pas d'appuis de leur part ; même la Mairie de Dakar qui dispose d'EPS et d'autres formations sanitaires, n'a pas de convention avec le SAMU. Par contre le Ministère des Forces Armées apporte un appui aérien à côté de "Aviation Sans Frontière" (ASF) mais il n'y a pas de convention dans le domaine maritime. Le partenariat du SAMU avec le secteur privé reste encore faible.

La décentralisation du plateau du SAMU a débuté à Thiès en 2015 avec la mise en place d'un personnel spécialisé. Parallèlement, les CPOM appuyés par la Banque mondiale développent aussi des services d'accueil et d'urgence pour les hôpitaux

L'évolution des activités du SAMU est la suivante :

Années	Nb d'appels reçus	Interventions SMUR
2011	35 861	402
2012	1 378 778	446
2013	2 547 834	1 093
2014	3 291 362	1 138
2015	3 667 457	1 604

Dans le cadre de la gestion des urgences, le Centre de Régulation et de Réception des Appels du SAMU a connu une hausse du nombre d'appels. Cette bonne performance s'explique par l'installation du logiciel de réception des appels et son fonctionnement 24H /24 et 7 jours /7 qui a permis une écoute médicale permanente sur toute l'étendue du territoire national avec un accès gratuit au numéro 1515. Cependant, les appels malveillants restent importants, avec un peu plus de la moitié des appels reçus.

Concernant les transports régulés, la bonne performance s'explique par une meilleure gestion de la régulation des cas évacués des régions par les ambulances de district et la régulation des interventions des Sapeurs-Pompiers à partir du Centre d'appel 1515.

Toutefois, les transports effectués par le SAMU proprement dit, ont connu une baisse en 2014 liés au fait que le SAMU a été plus utilisé par les activités de gestion de l'épidémie à virus Ebola notamment la gestion de toutes les alertes, les prélèvements dans la région de Dakar, l'acheminement des prélèvements et le transport des cas suspects dans le centre de traitement de FANN ainsi que la coordination avec l'Institut Pasteur. Les équipes SMUR de garde étaient dédiées exclusivement à la gestion de l'épidémie.

Les causes des interventions du SAMU sont les suivantes :

- Les traumatismes constituent en moyenne 50 % des appels;
- la cardiologie : 20 %,
- les services médicaux : 20 %, et
- la gynécologie obstétrique : 10 %

Les enquêtes de terrain dans les régions visitées ont donné les statistiques, les constats et les perceptions des populations qui sont les suivants :

QUELQUES STATISTIQUES ET CONSTATS

Le dépouillement des enquêtes de terrain a révélé que:

- 87 % des malades pris en charge disent avoir reçu un bon accueil au niveau des EPS
- 53% des malades disent avoir attendu au niveau des urgences des EPS, entre 30 et 60 mn avant d'être pris en charge et 19 % entre 60 et 90mn.
- 75% des malades en consultation ont jugé le temps d'attente long, voire très long,
- 59,4 % des malades ont dit avoir reçu des médicaments aux urgences.

Les constats à la suite des enquêtes décrivent la situation des urgences comme suit :

Dans la région de Tambacounda :

tous les CS ont des ambulances fonctionnelles, mais la gratuité de la référence ne peut y être effective, du fait des grandes distances (la distance moyenne entre un CS et le CHR est de 145 km)

au CHR : le système de référence/contre référence ne fonctionne pas, du fait que ce sont les Infirmiers qui font le service de garde en lieu et place de Médecins.

le système de référence/contre référence n'est pas fonctionnel,

les évacuations sanitaires par voie aérienne à partir de Tambacounda étaient bloquées depuis près de quatre (4 ans).

Dans la **région de Matam**, deux (2) Médecins Urgentistes ont été formés, mais il n'y a pas de structures de réanimation et en plus, on note un déficit criard en matériel d'urgence et le SAU n'est pas fonctionnel,

Dans la **région de Kaffrine**

à l'EPS 1 de Kaffrine la logistique roulante existe, avec des ambulances fonctionnelles, mais il n'existe pas de SAU. L'ancien Centre de Santé, qui était fermé depuis très longtemps, est en train d'être rénové, pour décentraliser les soins,

à **Koungheul** : la logistique roulante existe, avec des ambulances très fonctionnelles (acquisition Etat et partenaires). Par ailleurs, il y'a eu acquisition de « véhicules de transport de malades » par les Comités de Santé pour 15 des 20 Postes de Santé. Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, le District a construit une maison d'accueil pour les femmes enceintes. Ce sont des structures d'accueil aménagées à proximité des formations sanitaires de référence pour assurer le repos, l'hébergement et la restauration des femmes enceintes orientées par les cases de santé ou référées par les Postes de santé pour signe de gravité ou facteurs morbides en vue de faciliter la prise en charge. Cette maison fonctionne depuis 2014.

A **Mbirkilane**, toutes les évacuations sanitaires sont gratuites et la logistique roulante est constituée d'une ambulance médicalisée offerte par la SONATEL au Centre de Santé et des ambulances communautaires dans les Postes de Santé

Dans la **région de Kolda**,

Dans le **District de Medina Yoro Fouta**,

- la logistique roulante est constituée de deux ambulances médicalisées au Centre de Santé, et de cinq ambulances communautaires positionnées dans les Postes de Santé (Pata, Fafacourou Badion, NDorna et Santankoye).
- Il y'a une bonne organisation spatiale du circuit de transport des malades, ce qui permet de réduire les délais d'attente et les coûts par la mutualisation des charges.
- Les agents, dans leur grande majorité ne sont pas formés aux techniques de manipulation du matériel des ambulances médicalisées et ;
- toutes les évacuations sanitaires sont gratuites.

Dans la région de Diourbel

À Bambey :

en 2014, le SAMU National a assuré le renforcement de capacités des prestataires sur la prise en charge des urgences en vue d'assurer la continuité des services,

- 22 PS sur 26 sont doublés en SFE prises en charge par les Comités de Santé.
- la logistique roulante existe, avec des ambulances fonctionnelles ;
- il y'a un projet de construction d'un SAU en 2017, dans le cadre de la réhabilitation du CS de Bambey, avec l'appui de la Belgique ;
- Cependant un problème de retour de l'information existe, malgré l'existence de fiches de référence/contre référence.

A Touba,

une Unité de gestion des Urgences existe, avec une salle d'observation des malades.

- Cinq (05) Médecins qui sont pris en charge par le Comité de Santé au niveau du CS interviennent en permanence.
- les Comités de Santé subventionnent certains produits d'urgence avec dotation de trousse d'urgence,
- les repas pour le personnel sont subventionnés afin d'assurer la continuité du service ;
- la logistique roulante existe, avec des ambulances fonctionnelles.

2.2. GESTION DE LA QUALITE

a. CONSIDERATIONS GENERALES

Parmi les critères de qualité des services, il y a l'accueil, l'orientation, la confidentialité et le respect de l'intimité des clients. Ces qualités sont appréciées dans les Postes de santé où les populations utilisatrices des services vivent dans un même environnement, partagent le voisinage et les liens d'affinités.

La perception de la qualité des soins par les clients se mesure par :

- l'accueil et la disponibilité des prestataires,
- la communication et les échanges au cours des soins prodigués et
- la représentation des qualités humaines que le client attend du prestataire.

b. IMPACT /RESULTATS OBTENUS ENTRE 2009- 2015

Dans la gestion de la qualité, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a entrepris d'importantes actions.

- Depuis les années 2000, avec l'appui de la France, la DES a mis en œuvre un vaste « programme qualité » dénommé ‘CHANGER I et II’. En 2008, le projet a été arrêté après une évaluation négative, et aussi suite à des conflits de compétence entre le CTE et les autres instances mises en place dans le cadre de la gestion de la qualité et de l'hygiène hospitalière.
- Mise en place vers les années 2005 du PRONALIN dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, avec un vaste chantier d'équipement des formations sanitaires et hospitalières afin d'améliorer les conditions d'hygiène et la lutte contre les infections, le tout suivi d'un important programme de formation (appui du Fonds Nordique de Développement).
- Elaboration d'un ‘programme national qualité’ avec un système d'accréditation : depuis 2007, des sites pilotes sont mis en place dans les EPS à titre de test avec la méthode des 5S, et la généralisation est intervenue en 2011 sur l'ensemble des établissements de santé, ce qui a valu au Sénégal le prix OSCAR qualité discerné en 2014. Récemment le MSAS a opté pour la fusion du PRONALIN et du PNQ en un seul programme avec un seul coordonnateur.

Le séjour des accompagnants dans certaines structures de santé est douloureux, faute d'infrastructures suffisantes pour les accueillir, il en résulte une insuffisance du nursing.

Dans certains hôpitaux régionaux, d'autres difficultés d'accès aux services sont signalées comme les gardiens qui ne distinguent pas les accompagnants des simples visiteurs, les attitudes agressives de certains personnels de santé etc. A cela s'ajoute l'insuffisance des lits qui font que les patients dorment par terre et les bébés en pâtissent : deux bébés dans un même berceau.

Les qualités humaines, que le client attend chez le bon prestataire, sont nombreuses et multiples et parmi celles-ci, il y a la gentillesse, la disponibilité, la courtoisie, la confiance, l'accessibilité et le réconfort. Ces qualités, citées avec spontanéité et en abondance, semblent, selon certains témoignages, se manifester comme une exception. Beaucoup de personnes rencontrées lors des discussions de groupe (Focus, Tamba, Hôpital régional) se plaignent du comportement de certains personnels de santé.

La qualité des soins prodigués pendant le travail et après l'accouchement est positivement appréciée par les femmes. La qualité est une forte motivation pour surmonter les obstacles géographiques et financiers pour accéder et bénéficier des soins dans une structure de santé. Si la qualité des soins est améliorée, la demande en soins augmente, et si la demande augmente les recettes augmentent aussi.

Le manque de personnel qualifié a des conséquences sur le fonctionnement des structures, comme la perte de recettes financières: des malades sont évacués par faiblesse du plateau ou insuffisance de spécialistes.

Malgré toutes les contraintes faites de tensions, de heurts et de conflits qui émaillent les rapports entre les prestataires et les utilisateurs, les participants aux focus groupe ont dressé un tableau globalement positif de la qualité des prestations dans les structures sanitaires. Cette situation est marquée par une amélioration de l'état de santé des malades à la suite des traitements reçus, une bonne qualité des soins et un soulagement des douleurs ressenties par les patients jusqu'à la guérison, nonobstant les difficultés financières pour acheter les médicaments.

Les participants ont donné des observations positives suivantes :

- « Ils administrent de bons traitements quoique l'on puisse dire » (Focus, Rufisque, Youssou Mbargane).
- Ou encore: « Franchement, lorsque nous sommes arrivés, ils (les prestataires de soins) ont bien pris soin d'elle. Ils nous ont orienté et indiqué le chemin » (Focus, Touba, Hôpital Matlaboul Fawzayni).
- « Ils (les prestataires de soins) soignent bien les malades. Il suffit de respecter les rendez-vous et d'acheter les médicaments prescrits » (Focus, Tamba, Hôpital régional).
- la consultation se déroule dans le respect strict de l'intimité du client : « Le médecin protège mon intimité, parce qu'il fait sortir tous ceux qui étaient dans la salle avant de démarrer la consultation » (Focus, Tamba, Hôpital régional).
- « Côté intimité, on n'a rien à dire, la salle des consultations est isolée » (Focus, Rufisque, Poste de santé Dénir Birame Ndao). Les prestataires de soins respectent à la lettre les aspects liés à l'intimité comme un droit du patient tel que libellé dans la Charte relative aux droits des clients :
- « Les médecins consultent dans la plus grande discrétion. Ils restent seuls avec le patient à l'intérieur. Personne n'a le droit d'entrer dans la salle (de consultation) tant qu'il n'a pas fini avec le patient » (Focus, Touba, Hôpital Matlaboul Fawzayni)
- ou encore « les médecins de cet hôpital nous traitent bien et sont discrets » (Focus, Touba, Hôpital Matlaboul Fawzayni).
- « Tout ce qu'ils font ici, c'est dans le respect de l'intimité de la personne. J'ai un voisin qui avait la tuberculose et l'infirmier l'a soigné jusqu'à sa guérison et personne n'était au courant. C'est des mois après, lors d'une réunion que le malade nous en a parlé lui-même » Focus, Diourbel, Poste de santé urbain, Keur Mbaye Sarr).

CHAPITRE 3 : PROMOTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE

a. CONSIDERATIONS GENERALES

La Région Africaine a adopté la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986 et les Ministres de la Santé ont adopté la Stratégie de la Région africaine de promotion de la santé en 2001.

En octobre 2009, l'Appel à l'Action de Nairobi issu de la 7^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé est organisée sous l'égide de l'OMS. Le Sénégal a élaboré la stratégie nationale 2001- 2011 qui n'a pas été mise en œuvre par la suite.

La participation de la population à l'effort de développement a été formalisée au Sénégal par la loi n°72-02 du 1er février 1972 portant réforme de l'administration territoriale et locale, bien avant l'avènement des Soins de Santé Primaires préconisés par l'OMS lors de la Conférence d'Alma Ata en 1978. Cette volonté politique s'est renforcée avec la mise en place des Associations de Promotion de la Santé (APS) qui avaient pour rôle d'organiser les activités de santé préventives et promotionnelles au sein des populations riveraines des structures de santé (postes de santé, centres de santé et hôpitaux).

La participation des populations à l'effort de santé a été par la suite renforcée par la loi n° 92-07 du 15 janvier 1992 et le décret n° 92-118 du 17 janvier 1992 (modifié par la suite) qui définit le statut, l'organisation et le fonctionnement des comités de santé.

La cogestion des structures de santé est intervenue avec l'avènement de "l'Initiative de Bamako" qui a permis le développement d'activités communautaires par des acteurs identifiés au sein des populations riveraines. En plus des Agents de Santé Communautaires (ASC) et des matrones ou ASC/Matrones, on a assisté à l'émergence de nouveaux profils d'acteurs communautaires de santé qui, sous la supervision des techniciens de la santé sont chargés de mettre en œuvre des soins préventifs, promotionnels et curatifs au niveau des communautés. Il s'agit des relais communautaires , des « Bajenu Gox » (BG) et des Dispensateurs de Soins à Domicile (DSDOM).

Les Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) sont également restés actifs dans l'offre de soins traditionnels dans les communautés. Enfin, la société civile, à travers les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les Organisations Communautaires de Base (OCB), participaient également aux activités de santé communautaire.

Avec le transfert des compétences en matière de santé survenu dans le contexte de la décentralisation en 1996, les collectivités locales sont devenues responsables du fonctionnement, de la gestion et de la maintenance des structures sanitaires. Au-delà de la simple participation financière, cette réforme a contribué au renforcement de l'implication des populations dans tout le processus de planification, de mise en œuvre et de suivi et évaluation des actions concernant leur santé.

b. IMPACT /RESULTATS OBTENUS ENTRE 2009- 2015

La participation des populations à l'effort de santé s'est traduite par une amélioration de la disponibilité des médicaments et le relèvement de certains indicateurs de santé en rapport avec la lutte contre les maladies

Malgré tous ces acquis et la volonté de l'Etat à encourager cette dynamique de participation des populations à l'effort de santé, des problèmes subsistent toujours autour du développement de la santé communautaire .

C'est ainsi que le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a créé une Cellule de Santé Communautaire (CSC) en 2013 rattachée à la Direction générale de la Santé pour impulser, organiser et coordonner la santé communautaire. Un document de Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) a également été élaboré la même année pour servir de cadre de référence et d'outil de régulation et d'orientation des initiatives communautaires. L'objectif de la Politique de santé communautaire est de contribuer à la réduction de la morbidité, de la mortalité et des handicaps, avec la pleine participation des communautés. Un Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) opérationnalise cette politique et fixe les priorités du secteur pour cinq années (2014 – 2018). Ces différents documents stratégiques s'inscrivent dans la démarche globale du Plan Sénégal Emergent (PSE). Ils viennent également en appui à la stratégie de la Couverture Maladie Universelle (CMU) pour un meilleur accès de toutes les populations à des services de santé de qualité.

Le Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC 2014 – 2018) cherche à répondre aux défis de la santé communautaire à travers une approche à la fois participative, inclusive et consensuelle et avec l'appui significatif des partenaires techniques et financiers. Il s'inscrit dans une volonté de renforcement et d'intégration de l'offre et de la demande de santé communautaire dans le système de santé national. En outre, de grandes initiatives sont menées dans ce domaine et depuis des années. En effet, sur l'ensemble du territoire national, des expériences fort enrichissantes sont menées sans une appropriation du niveau central :

- les cercles des pairs dans la région de Thiès avec l'appui de Child Fund,
- les cercles de solidarité des femmes enceintes,
- l'école des maris avec l'appui d'ASBEF dans le Département de Koumpentoum
- la stratégie "grands-mères",
- le groupe des futurs pères,

Des stratégies de pérennisation et d'encadrement des cases de santé ont été développées toujours avec l'appui de Child Fund dans le cadre PSSC1 et 2.

Les principaux programmes de santé ont développé des volets communautaires (PCIME, Paludisme, Maladies Tropicales Négligées, Santé de la Reproduction/ Planification Familiale, etc.).

Bien d'autres initiatives existent un peu partout depuis quelques années telles que les Comités de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC) et la Stratégie des Sagefemmes Itinérantes (SAFI) dans les régions de Matam et Sédhiou en phase pilote.

Au niveau de l'enseignement universitaire et écoles de formation professionnelle en santé il existe le module de santé communautaire dans les universités décentralisées.

La nouvelle stratégie régionale (OMS) de promotion de la santé 2013-2022 est axée sur la gestion du système de santé.

La politique de promotion de la santé et le plan stratégique (2014-2018) ont été élaborés en 2014, mais depuis deux ans, la validation tarde à se matérialiser.

Au niveau du programme de santé communautaire, avec l'appui de L'USAID, les documents de politique nationale de santé communautaire et le Plan Stratégique Santé Communautaire 2014-2018 ont été élaborés et validés. Il demeure cependant un problème fondamental relatif à la coordination des activités de promotion de la santé et celles de santé communautaire.

Le rôle dévolu au SNEIPS devrait radicalement changer avec une vision plus globale et plus stratégique pour l'ensemble de la promotion de la santé et les programmes de santé devraient y figurer en bonne place.

A la suite de l'audit du SNEIPS, il conviendra de renforcer les capacités de cette structure en personnel qualifié afin que le programme soit soutenu et mis en œuvre dans la coordination et la complémentarité.

Durant l'Evaluation à mi-parcours, les différents entretiens tenus avec certains responsables régionaux et de districts, ont mis en évidence un certain nombre de constats. En effet, selon ces Responsables :

- les Médecins sont toujours loin des populations. La plupart d'entre eux sont dans les capitales départementales, et leurs activités au niveau des communautés sont rares
- les grands programmes communautaires qui étaient des programmes phares entre 2009 et 2011 disparaissent progressivement. Il s'agit de l'Initiative « Médecin Sans Blouse », et de l'Initiative « Bajenu Gox »
- on ne sent pas encore le recrutement de personnel qualifié par les Collectivités locales
- il existe toujours des problèmes dans la répartition des Fonds de dotation, où les Maires sont devenus plus forts avec l'Acte 3. Par ailleurs, ces Collectivités locales n'allouent pas de ressources sur fonds propres.

Malgré la volonté politique réelle, maintes fois réaffirmée, et qui a conduit à la mise en place d'un document de « Politique nationale de Santé Communautaire », les mêmes problèmes subsistent encore autour du développement de la santé communautaire :

- les capacités des communautés à assurer les responsabilités sociales et techniques nécessaires au développement de la santé communautaire, sont limitées ;
- l'insuffisance dans le suivi et la supervision des activités de santé communautaire par les professionnels de la santé ;

- l'inexistence de mécanismes formels de partage d'informations et d'expériences entre les institutions et les partenaires qui soutiennent la participation communautaire à la santé ;
- des insuffisances notables dans le système d'information et de gestion de la santé communautaire ;
- une faible appropriation de la santé communautaire par les professionnels de santé ; par exemple, il n'y a pratiquement aucune région médicale qui développe des activités de médecine traditionnelle ;
- un leadership peu développé dans le management et la gouvernance de la santé communautaire.

Il est aussi à noter que depuis 1996 avec les lois sur la décentralisation et le transfert de compétences, les mêmes questions reviennent toujours :

- pourquoi aucun Comité de gestion ne fonctionne, et ceci depuis près de 20 ans ?
- pourquoi les Responsables locaux continuent de bloquer les Fonds de dotation ?
- pourquoi ces mêmes Responsables continuent à entretenir la confusion entre « Fonds de dotation » et « fonds propres » ?
- est-ce que les Collectivités locales sont intéressées par la santé de leurs populations ?

Malgré tout, il existe des initiatives très louables, qu'il faudrait renforcer comme:

- la création de « Maisons d'attente pour femmes enceintes » à Koungheul et Kolda, pour les femmes gestantes, habitant loin du Centre de santé, et qui sont prises en charge par le Comité de Santé
- l'achat d'ambulances communautaires, dans une très grande majorité de postes de santé.

Ces constatations permettent de faire un certain nombre de recommandations pour la promotion de la santé:

RECOMMANDATIONS POUR LA PROMOTION DE LA SANTE

- Dans le cadre de la réorganisation du Ministère de la Santé, il est nécessaire de créer une ***Direction de la Promotion de la Santé***, regroupant le SNEIPS et la Cellule Santé Communautaire intégrant les Initiatives Communautaires (Médecin Sans Blouses, Bajenu Gox, etc...)
- Renforcer, consolider et vulgariser le programme national de santé communautaire
- Nécessité de changer de vision : Les Collectivités locales doivent ***obligatoirement*** contribuer à la construction et à l'équipement des structures.
- Décentraliser les RAC au niveau départemental pour permettre aux Collectivités Locales de présenter et défendre le bilan de leur POCL Santé.
- Mise en œuvre effective du projet de plan stratégique national de santé Communautaire élaboré depuis 2013
- Construire un Centre de santé avec bloc opératoire dans chaque capitale départemental en application des textes de l'Acte 3 de la décentralisation,
- Eriger les Régions Médicales en Direction Régionale de la Santé et de l'Action Social pour une meilleure mise en valeur de la promotion de la santé.

TITRE 2

**RENFORCEMENT DU SYSTEME
DE SANTE**

CHAPITRE 4 : LES EPS ET LA REFORME HOSPITALIERE

4.1 GESTION ET ORGANISATION

Les EPS ont fait de réels progrès dans la gestion **financière** (avec la tenue des outils de gestion), **administrative** et **matérielle** et dans la **gestion des ressources humaines**, compte tenu des organes mis en place par la réforme depuis près de quinze (15) années.

Au niveau des investissements, les commissions de marchés, de réception et la comptabilité, sont bien tenues en général. Les plans de passation des marchés sont faits et à temps et les appels d'offres sont bien maîtrisés, bien qu'assez souvent, ils sont assistés par la DIEM.

Suite à l'évaluation de la dette des EPS en 2008, la question demeure toujours d'actualité, et reste depuis quelques années le principal problème des EPS.

Régulièrement, le Gouvernement procède à des apurements partiels, mais le problème de la dette est structurel, et non pas conjoncturel. Par conséquent, des mesures de gestion globale devraient être prises à terme pour juguler ces charges récurrentes et tenter de rétablir les équilibres financiers.

Des initiatives devraient être prises en ce qui concerne la faiblesse du système de gestion qui caractérise les EPS en général. Parmi ces faiblesses, soulignons :

- le processus de désignation des Directeurs qui ne repose pas sur un appel à concurrence,
- les profils de gestionnaires des EPS et des autres postes qui n'ont jamais été bien définis: en général, le personnel est reconduit, sans vraiment être préparé aux nouvelles activités,
- la faiblesse de la tutelle technique (la DES), qui ne dispose pas des compétences nécessaires, ce que la mise en place de l'Agence hospitalière aurait pu résoudre ;
- les Conseils d'Administration (CA) mis en place qui se réunissent en général régulièrement mais qui ne remplissent pas leur rôle: les validations sont faites, mais en général par pur formalisme. Les RH de qualité existent dans les CA, mais elles ne sont pas bien formées et préparées dans leur rôle au sein de l'instance dirigeante, d'où un problème de leadership et d'appropriation. « *Le Conseil d'administration, c'est une formalité : le CA ne fait qu'entériner les décisions de l'hôpital sans en mesurer toujours les*

conséquences, car ne connaissant pas l'hôpital » a dit une des personnes interviewée. La décentralisation à travers l'Acte III, devrait entraîner une modification importante de la réforme et de la représentativité dans les instances de gouvernance des hôpitaux.

- faible motivation des agents: la DES ne dispose ni d'un budget motivant, ni d'activités attrayantes. Elle ne peut pas aussi organiser des activités pouvant relever des défis hospitaliers ;
- depuis 2009, non production de rapports annuels, avec la complétude et la promptitude qui sied. Les EPS ne font l'objet d'aucun suivi en particulier par la DES qui ne centralise pas les rapports et les états financiers ;
- pas d'indicateurs de suivi des performances,
- de critères d'allocation des ressources non encore appliqués avec comme conséquences par exemple des régions pauvres se retrouvent le plus souvent avec les budgets faibles ;
- Certains EPS 2 comme le CHR de Kolda n'ont pas de CA depuis la disparition du Conseil régional, le relais n'étant pas pris par le Conseil départemental ;

Dans le document d'étude sur la réforme des hôpitaux au Sénégal en 1996 déjà, le Dr Hubert BALIQUE préconisait la mise en place d'une agence hospitalière en vue du pilotage de la réforme mais cette option n'est pas encore adoptée par les autorités publiques.

Au regard de tout ceci, les EPS ne font pas l'objet d'un suivi systématique cause de dérives comme un ***effectif pléthorique de personnel non spécialisé*** et un ***surendettement structurel et permanent***.

Avant la réforme, deux situations handicapaient les hôpitaux :

- ils ont pendant des décennies été peu appuyés car la quasi-totalité des financements étaient destinés aux soins de base en vue du renforcement du deuxième échelon et des SSP ;
- en conséquence, les hôpitaux sont engorgés, exemple dans la région de Dakar la référence ne fonctionnait plus, car ils traitaient plus les cas primaires et assez peu les cas référés qui devaient être leur cible.

Cette situation s'est améliorée ces dernières années, avec les efforts en matière de renforcement du plateau technique des CSR et des EPS.

4.2. LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME HOSPITALIERE

4.2.1. LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement est le principal outil de planification issu de la réforme hospitalière intervenu en 1999. Dès la mise en œuvre de cette réforme, dix-neuf (19) EPS ont élaboré leur projet d'établissement, mais trop peu l'ont évalué et renouvelé.

A ce jour, d'autres Projets d'établissement ont été élaborés mais ne sont pas encore validés par le comité de validation mis en place dès l'avènement de la réforme. Certains EPS ont élaboré des plans stratégiques en lieu et place des PE : c'est le cas de la PNA et de l'HPD. Il y'a une grande démobilisation des EPS pour la planification et l'organisation, et l'ardeur qui prévalait au début de la mise en œuvre de la réforme est perdue. Cependant, le PE a permis de se parler et d'avoir une vision commune

Les premiers plans ont connu peu d'évaluation et certains sont à leur 1^{ère} génération de PE. Aucun projet d'établissement n'a été élaboré entre 2006 à 2012. Le processus longtemps interrompu, a repris timidement à partir de 2012.

Recommandation : La Loi prévoit le PE, il faut en faire une obligation

Un conseil interministériel sur les EPS a été tenu en 2008 avec de fortes décisions dont l'apurement de la dette des EPS.

En 2010 la réforme hospitalière a été évaluée par la Banque Mondiale. Cette évaluation a montré que la quasi-totalité des EPS étaient déficitaires et de fortes recommandations ont été formulées parmi lesquelles :

- élaborer des plans de redressement des EPS,
- signer une convention avec les EPS sur leur redressement,
- élaborer des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour soutenir les hôpitaux et les assurer un retour à l'équilibre.

4.2.2. LES CONTRATS DE PERFORMANCE

L'amélioration de la performance des hôpitaux a été une conditionnalité pour l'appui budgétaire de la Banque Mondiale à l'Etat du Sénégal

Afin d'améliorer les performances des établissements publics de santé à la suite des évaluations de l'audit des dettes et de la concertation nationale sur les EPS, dix-neuf (19) EPS ont été financés depuis 2011 à travers les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Ceci a permis aux EPS de disposer de ressources complémentaires et de relever leur plateau technique.

Ces contrats d'objectifs et de moyens sont axés sur un certain nombre d'orientations stratégiques prioritaires concernant les projets d'établissement approuvés, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire. En particulier, ils

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

La mise en œuvre des CPOM s'est déroulée progressivement.

En 2011 : cinq contrats ont été signés pour la période 2011- 2013, et exécutés à partir de 2012 : (CHUN FANN, Albert Royer, CHR Thiès, CHN Matlaboul Fawzeini de Touba, CHR de St Louis)

En 2012: Un contrat a été signé avec HOGGY pour la période 2013-2014

En 2013: cinq contrats ont signés pour la période 2014 - 2016 : (CHUN Aristide Le Dantec ; CHN de Thiaroye ; CHR Lübke Diourbel ; CHR El Hadj Ibrahima Niass de Kaolack ; CHR de Ziguinchor).

En 2014: cinq contrats sont signés pour la période 2015- 2017: (CHN HPD, Centre Hospitalier Abass Ndao ; CHN Pikine ; CHR Ndioum et CHR Kolda).

En 2015 : trois contrats ont été signés pour la période 2016 – 2018 : (CHR Louga, CHR de Ourosogui ; CNAO).

L'évaluation de la mise en œuvre des CPOM a permis de constater des acquis et des faiblesses qui sont les suivants :

a. les forces

- Une amélioration du plateau technique des EPS
- une meilleure implication, partage et motivation des acteurs de l'EPS.

b. les faiblesses

- problème de suivi des marchés et du CPOM
- le Financement insuffisant et les retards dans la mise à disposition ;
- l'absence de suivi par le Ministère.

4.2. ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX HOPITAUX

4.2.1. ACCESSIBILITE PHYSIQUE, PLATEAU TECHNIQUE ET SERVICES SPECIALISES

Le système hospitalier a connu un renforcement avec l'érection de dix (10) Centres de Santé de Reference en EPS1 en 2013. Il est à souligner cependant que cette importante mutation a été faite sans préparation et sans transition, ce qui s'est traduit par des difficultés de taille par rapport ;

- à la gestion
- à la mutation mentale du personnel mal préparé et
- au système de santé: certains aspects de santé publique n'ont pas été forcément pris en charge, c'est le cas en particulier de la hausse brutale et immédiate des tarifs, (par rapport à la tarification en vigueur au niveau des CSR pour les mêmes populations).

Des efforts importants ont été consentis par l'Etat pour la décentralisation des services hospitaliers et leur renforcement afin de rapprocher les soins tertiaires aux populations démunies et enclavées. Plusieurs hôpitaux ont renforcé leur plateau technique en créant des services spécialisés notamment la cardiologie, l'urologie, la traumatologie, etc..., ce qui s'est fait le plus souvent avec l'appui du CHU.

Par ailleurs, il y'a lieu de noter la décentralisation universitaire avec la création de faculté de médecine au niveau des régions.

En plus de ses efforts propres dans le cadre du BCI, et avec l'accompagnement de ses PTF traditionnels L'Etat a renforcé les équipements et appuyé la création et l'extension de services hospitaliers en particulier dans les régions.

D'autres importantes activités peuvent être notées :

- des unités mobiles sillonnent souvent le pays pour compléter l'offre de services en soins spécialisés ;
- des actions ponctuelles d'offres de services spécialisés sont souvent menées par des associations ou des mécènes à travers tout le pays ;
- des unités d'hémodialyse ont été installées dans les Régions de Tambacounda, Ziguinchor, Kaolack, et dans les hôpitaux de HOGGY, de HPD et du Centre Hospitalier Universitaire HALD (2^{ème} service) ;
- dix-neuf (19) centrales d'oxygène d'un cout de 6 milliards FCFA ont été installées dans les hôpitaux ;
- acquisition de 4 scanners installés à Louga, Diourbel, Thiès, CHUN Aristide Le Dantec (64 barrettes) et 16 pour les autres avec téléradio dans les régions avec un serveur à HALD, ceci avec le concours du Fonds autrichien,
- renforcement des SAU dans les régions avec la livraison de nombreux équipements de pointes.

En résumé, depuis l'avènement de la réforme des hôpitaux, avec l'appui des PTF, l'Etat, a consenti d'importants efforts d'investissement afin de relever le plateau technique et de fournir des services de qualité. Le système hospitalier a ainsi été densifié avec la création de nouveaux hôpitaux: Hôpital d'enfants dans le pôle Diamniadio, Hôpital Dalal Jàmm, CHR de Fatick, Hôpital la Paix de Ziguinchor et le CHR de Matam. Le secteur privé n'est pas en reste avec une nouvelle création à Thiès et un autre en voie d'achèvement dans la région de Dakar.

D'autre part, avec des appuis dans le cadre du BCI/Etat et l'aide des PTF, le plateau technique des EPS a été renforcé.

Enfin en 2014, un plan d'urgence de 300 milliards de FCFA a été créé.

4.2.2. ACCESSIBILITE FINANCIERE DES POPULATIONS ET TARIFICATION

Face aux populations souvent très démunies, la tarification hospitalière n'est pas à la portée de la quasi-totalité des sénégalais, qui de plus, ne disposent pas d'une couverture maladie. En effet, selon une étude de 2008, seuls 20 % de la population ont une couverture maladie.

Bien que modulés par un arrêté interministériel, les tarifs sont élevés pour les populations. Les nouveaux EPS ont vite fait d'augmenter les tarifs du fait de leur repositionnement en EPS, désorientant ainsi les populations qui n'étaient pas habitués à ce système.

Dans le cadre de la Couverture maladie universelle, des actions initiées depuis 2013 vont améliorer l'accessibilité financière des populations, notamment les plus démunies, aux services de santé :

- le développement des mutuelles de santé et leur financement d'une part, l'enrôlement des bénéficiaires des bourses de sécurité et de la carte d'égalité de chance d'autre part,
- la mise en œuvre des gratuités :
- des accouchements simples et des césariennes,
- de la prise en charge des enfants de 0 à 5ans,
- du plan SESAME,
- de la dialyse

L'étude sur les dépenses catastrophiques en santé montre bien la nécessité absolue de l'amélioration de la couverture maladie universelle à tous.

L'enquête de terrain au niveau des six régions a permis de recueillir les appréciations des populations sur leur accessibilité financière aux services de santé notamment :

- 54 % des malades interrogés trouvent que les tarifs sont élevés contre 40 % qui les trouvent raisonnables
- les coûts des ordonnances aux urgences dans les EPS vont de trente mille (30.000) et deux cent mille (200.000) F CFA, et 40 % des malades ont pu acheter les médicaments contre 15 % qui n'ont pas pu les acheter ;
- les perceptions mystiques, l'appréhension des charges sur le budget du ménage et le fatalisme retardent la prise de décision précoce pour les soins ; - « Quand je n'ai pas d'argent, je reste chez moi » (Focus, Guédiawaye, Poste de santé Nimzatt).

Parfois, c'est au cours d'une expérience malheureuse que la renonciation à des soins est prise : « Une femme dont l'enfant était hospitalisé à la pédiatrie disait : si je savais que ça allait coûter si cher, je resterais à la maison, car la mort frappe à toutes les portes » (Focus, Touba, Hôpital Matlaboul Fawzayni).

Cependant cette résignation disparaît quand la patiente est une femme enceinte : aussitôt une grossesse diagnostiquée, la femme se rend dans une structure de santé. C'est plutôt les enfants qui étaient victimes de cette prise de décision tardive. Concernant les femmes enceintes,

- « elles attendent d'être très mal au point pour que leurs proches s'alarment et décident de les évacuer vers une structure de santé » (Focus, Guédiawaye, Poste de santé Nimzatt).

- « La sage-femme m'a reproché de ne l'avoir pas amenée plutôt puisque la position du fœtus était anormale » ou encore « elle m'a dit avoir perdu du sang au cours de la nuit, c'est pourquoi je l'ai acheminée ici à l'hôpital tôt le matin » (Focus, Rufisque, Youssou Mbargane)

Le système de solidarité qui supplée l'absence d'assistanat social est impossible en milieu hospitalier où il y a toute une chaîne de prise de décision et des médicaments prescrits qui relèvent d'une spécialité, vendus dans les pharmacies à un prix cher.

A l'hôpital régional de Tambacounda où la quasi-totalité des utilisateurs sont issus de familles démunies d'origine rurale, aucun système d'assistance sociale n'a été rapporté pour secourir les patients indigents. La sur prescription médicale est décrite. Les patients ne comprennent pas les avalanches d'ordonnances dont l'achat risque de les priver de nourriture aussi bien le malade que les accompagnants durant le séjour au service d'hospitalisation. A cela s'ajoutent les coûts élevés de certains services et que déplorent vainement les patients pauvres d'origine rurale : « J'ai payé 25.000 francs CFA pour les analyses que faisait mon bébé. La réanimation est le service le plus cher dans cet hôpital, puisqu'on paie 5.000 francs CFA par jour » (Focus, Tamba, Hôpital régional).

La gratuité des soins chez les enfants de 0-5 ans et celle de la césarienne est reconnue par les participants aux différentes discussions de groupe, à l'exception du Service Albert Royer de l'hôpital Fann où : « La somme à payer pour une consultation d'un enfant s'élève à 3.000 francs CFA qui correspond à la dépense quotidienne pour toute une famille » (Focus, Guédiawaye, Poste de santé Nimzatt).

S'il est admis que la gratuité des soins est effective chez les enfants de 0-5 ans, le retard du paiement de la subvention de l'Etat grève lourdement les recettes des Postes de santé qui n'arrivent pas à payer les médicaments IB au niveau des pharmacies des districts. C'est pourquoi, au niveau de Kolda, les participants aux discussions de groupe déplorent

les ruptures des stocks de médicaments : « Les médicaments gratuits qui soignent nos enfants se font rares et sont tout le temps en rupture » (Focus, Kolda, Poste de santé urbain, Sikilo).

Par ailleurs, si dans toutes les structures de santé, aucun participant aux discussions de groupe n'a déclaré avoir été secouru par un assistant social des services de santé, cette défaillance est compensée par le système de solidarité activé par les prestataires de soins des Poste de santé : « Parfois, il y a des familles très démunies qui viennent solliciter mon aide, déclare une Bajenu Gox. Du coup, je vais voir l'ICP et en toute discrétion je lui explique la situation et il donne un papier qui permet à la personne de bénéficier des soins » (Focus, Guédiawaye, Poste de santé Nimzatt).

La proximité entre les Bajenu Gox et les populations leur permet de certifier un cas social avéré et la fonction d'assistant social joué par l'ICP lui permet de prodiguer des soins gratuits à l'indigent malade. Les liens d'affinités et la bonne moralité des clients créent un climat de confiance entre prestataires et clients, ce qui fait dire à une participante aux discussions de groupe : « Quand les médicaments sont disponibles dans le dépôt de médicaments du Poste de santé, on me donne pour que je rembourse plus tard » (Focus, Rufisque, Poste de santé Dénir Birame Ndao).

A Diourbel, beaucoup d'hommes ont émigré à l'étranger ou à Dakar, ce qui fait que l'épouse compte sur les envois financiers du conjoint pour satisfaire les besoins en nourriture et en soins de santé des membres de la famille. Toutefois, la solidarité, qui comble le vide laissé par l'inexistence d'un service d'assistance sociale, est rendue possible par une connaissance des réalités locales par les prestataires de soins, notamment la compensation de la pauvreté des individus et des ménages par un système de solidarité communautaire :

« Mon enfant était malade, alors que son papa avait voyagé. Ils (les prestataires de soins) ont soigné le petit pendant deux jours avant que son papa n'envoie l'argent » (Focus, Diourbel, Poste de santé urbain, Keur Mbaye Sarr).

Dans certains Postes de santé, le système de solidarité est sélectif, car l'ICP refuse de s'engager alors que le patient est un inconnu ou encore il n'inspire pas confiance : « Il nous arrive d'amener un malade en prenant l'engagement de payer le lendemain et le prestataire de soins refuse l'offre » (Focus, Goudiry, Poste de santé rural). Dans le même poste de santé, d'autres participants aux discussions de groupe soutiennent que : « Nous sommes obligés de recourir à des tiers ou de faire un prêt auprès du chef de poste qui nous l'accorde souvent » (Focus, Goudiry, Poste de santé rural).

La même pratique qui soulage les populations est courante dans les zones rurales pauvres où les ICP font preuve d'une grande compréhension et d'une souplesse dans le management des clients. Les témoignages sont récurrents et unanimes dans des localités

extrêmes aussi lointaines les unes que les autres (Kolda et Matam) : « Je n'avais pas d'argent, elle (sage-femme) a soigné mon fils qui avait un asthme et elle m'a dit que je pouvais partir et revenir un jour pour payer » ou encore « Je ne pouvais pas payer l'échographie et l'ICP m'a donné l'argent. C'est pourquoi, quand ma fille est née, je lui ai donné son nom » (Focus, Matam, poste de santé wourro sidi).

4.3. LE FINANCEMENT DES EPS

Le Sénégal a mis en œuvre la Réforme hospitalière en 1998. L'objectif poursuivi dans l'autonomisation des hôpitaux était d'améliorer les performances administratives et financières ainsi que la qualité des services.

La structure du financement des EPS est la suivante :

- Etat : fonctionnement et investissement/BCI
- Fonds de dotation
- PALF
- Collectivités locales
- Partenaires techniques et financiers
- Jumelage.

Depuis longtemps, il existe des problèmes d'allocation inégale des ressources: **voir évolution du budget des EPS DE 2009 à 2015+ PALF**

Des critères d'allocation des ressources des EPS viennent d'être proposés dans le cadre d'une étude sur les « critères d'allocation des ressources budgétaires du MSAS » en cours de validation. C'est le lieu aussi de souligner la faiblesse du budget alloué aux EPS, allocation qui ne dépasse pas les 12 milliards de FCFA pour l'ensemble des EPS.

Au 31 Décembre 2015 sur des engagements cumulés de **27 264 046 363 F CFA**, l'Etat a versé 12 294 349 815 F CFA, soit un taux de financement 45.09%.

Après trois années d'exécution (durée du contrat) pour un engagement initial de neuf milliards huit cent soixante-onze millions trois cent cinquante-deux mille vingt-deux (9 871 352 022) francs CFA, l'Etat a accordé un financement aux structures pour un montant cumulé de trois milliards neuf cent millions (3 900 000 000) francs CFA, soit un taux d'exécution de 39,5%. A revoir

4.4. LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER

Au début de la mise en place de la réforme hospitalière vers les années 2000, dans le cadre de la phase 1 du PNDS c'est-à-dire le PDIS, le CESAG a appuyé l'élaboration de manuels de gestion aux EPS qui n'ont pas connu une application sur le terrain. Par la suite, avec l'appui de l'AFD, le PMSIA français a été adapté à titre de test du SIM au niveau de 12 EPS, ce qui devait permettre à terme de généraliser le système PMSIA au niveau de l'ensemble des EPS. Toutefois, la lenteur de la mise en place a fait que le projet a été arrêté prématurément et l'AFD s'est retirée du processus avant terme.

Le SIG prenait en compte le SIH/SIM dans son intégralité, même avant la réforme hospitalière avec l'édition de rapports annuels, et ceci, au même titre que les autres formations sanitaires. Ce système présentait aussi de graves lacunes, ce qui ne permettait pas aux décideurs des EPS et de la DES d'en tirer bonne partie.

La NGAP n'est ni élaborée ni appliquée bien que le projet soit en gestation depuis plus de 10 années au sein du MSAS avec l'appui du secteur privé de santé :

- Cinq (5) comités du SIG avaient été mis en place,
- des fiches simplifiées RUM ont par la suite été conçues pour la gestion des données des malades au niveau de 6 EPS ;
- des cellules d'information ont ensuite été mises en place, mais ce système a été abandonné en 2008. Depuis lors, aucune cellule relative au SIG ne fonctionne, bien que tous les EPS disposent d'un système d'information hospitalier, et les agents ont été formés dans la CIM-10

L'appui au SIH va consacrer la mise en place d'une comptabilité analytique après une phase d'audit du SIH ainsi que la mise en place généralisée d'un système de gestion financière et l'informatisation du système d'information hospitalier.

L'expérience du Maroc aussi sera mise à contribution après la visite effectuée par les agents de la DES au Maroc.

Quelques-uns de ces aspects sont en cours de mise en place au niveau des EPS :

- manuel de procédures de gestion administrative, financière et comptable avec l'appui du Luxembourg,
- des systèmes comptables non harmonisés et
- un système informatique de facturation basé sur la nomenclature générale des actes professionnels issue de l'HPD.

L'EPS de Kolda, avec l'appui d'ABT Assoc, est aussi en train d'expérimenter la mise en place d'une comptabilité analytique associée à un système d'informatisation de la gestion, qui permettra notamment à terme d'expérimenter le "Dossier Patient". La généralisation du "Dossier Patient" à partir de la plateforme DHIS2 permettra de résoudre les lacunes relatives à la mauvaise organisation et l'archivage des dossiers des malades.

4.4. LA TELEMEDECINE

La télémédecine n'était pas à l'ordre du jour lors de l'élaboration du PNDS 2009-2018 bien que le projet soit plus ancien. Mais son développement est aujourd'hui incontestable.

Son impact sur la santé est considérable, même si le développement est encore limité. Toutefois, les initiatives dans ce domaine sont nombreuses.

En fait on parle aujourd'hui de cyber santé en vue du renforcement du système de santé. L'OMS et l'IUT, en appui stratégique, ont développé le concept et ont pris des résolutions dans ce sens, suite aux conférences internationales sur la cyber santé à Malabo, où il a été recommandé aux Etats d'élaborer un plan stratégique de développement e-santé dont la télémédecine.

Au Sénégal, on dénombre douze (12) UNO dans tous les départements avec aménagement de quatorze (14) stations de télémédecine déjà fonctionnelles. Le reste des départements est en cours d'installation, avec un haut débit, en liaison avec les collectivités locales. Compte tenu de fait que la santé est une compétence transférée aux Collectivités Locales, la mise en place des UNO constitue une grande opportunité pour la gouvernance, l'appropriation et la participation avec un rôle important des maires.

Le Ministère de l'Enseignement et de la Recherche Scientifique a mis en place le système de télé-enseignement et de télésanté dont la télémédecine à l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD), ceci dans le cadre du CIRET créé en 2012 à l'UCAD, avec la téléphonie mobile santé. La télé radiologie numérique a été installée dans les CHUN HALD et FANN, et à l'Hôpital Principal de Dakar, avec l'appui de l'ADIE. Il est donc constaté que plusieurs expérimentations et installations sont en cours en matière de télémédecine sans qu'il y ait des tentatives de coordination au niveau national.

Le document de Politique et stratégie de télémédecine est élaboré, mais il reste à être validé officiellement après la validation technique déjà faite.

Avec l'appui du PIC 3, le plan stratégique 2015-2019 a été élaboré avec le développement d'un PTA.

Plusieurs expériences sont donc en train d'être menées à travers le pays sans qu'il y ait une coordination :

- **m-diabète** dans le cadre de l'utilisation du mobile avec l'appui de l'OMS dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles,
- **Care for Health**,
- **Jokko santé** à Passy,

Beaucoup de partenaires interviennent dans le domaine :

- Des ONG développent ces systèmes dans plusieurs localités du pays particulièrement au niveau des espaces jeunes avec ASBEF, ENDA etc ;
- ABT/USAID apporte son appui à tous les départements pour le e-learning ;

- Le Luxembourg et l'Université Gaston Berger travaillent en vue de mettre en place une plateforme pour la formation : une application mobile est en cours de mise en place sur financement de LUXDEV dans la zone nord au niveau des postes de santé de Bokidiawé, etc , Cette application devrait être généralisée dans les autres zones du pays couvertes par la CTB et l'USAID afin de mailler tout le territoire national ;
- le téléenseignement d'un master en santé est déjà effectif à l'UCAD ;
- le CAT, mis en place avec l'appui de l'UA, et de l'ADIE, dispose d'équipement important et est installé au CHU de Fann. Il est financé par le projet indien de télémédecine, avec un signal pan africain relié à plusieurs pays. Il permet aussi un téléenseignement au niveau de 2 à 3 pays, avec des sollicitations par les régions de Ziguinchor, Kolda, St louis et Diourbel. L'hôpital de Fann apporte une petite subvention de fonctionnement au CAT. Le projet prend fin en 2018.

Les EPS de Saint Louis, de Diourbel, de Dakar, de Kolda, et de Kaolack ont reçu des équipements dans le domaine de la télémédecine.

Il faut remarquer que le PNDS a consacré peu d'intérêt à la télémédecine et à e-santé. Le MSAS ne l'a pas institutionnalisé et ne se l'est pas approprié, car aucun texte ne régit cette technologie nouvelle à 'exception de l'arrêté du MERS qui a créé un comité. Des structures travaillent dans ce cadre sans coordination.

Le projet de création du CIRET est cependant toujours en instance.

Toutefois, dès 2006, le MSAS a nommé un CT /Télémédecine devant être chargé de la coordination de tout ce qui est e-santé et une cellule télésanté est créée par note de service et elle travaille dans la plateforme du SNIS. Cette Cellule est rattachée au cabinet mais les groupes de travail ne se réunissent pas, aucune activité n'est menée et les problèmes d'ancrage institutionnel se posent toujours.

Recommandation : prendre un cabinet d'étude pour une évaluation et un audit technique, en vue de proposer une coordination de la télémédecine.

QUESTIONS D'EVALUATION DU PNDS RELATIVES AUX HOPITAUX

Mise en œuvre du PNDS conforme avec ce qui est prévu (Réforme hospitalière)?

a) Renforcement du contrôle et de la régulation par la tutelle :

Faiblesse de la tutelle technique (la DES), qui ne dispose pas des compétences nécessaires

b) amélioration de la gestion administrative financière et comptable ?

- Directeurs nommés sans appel à candidature et non préparés sur leurs nouvelles missions,

- Bonne tenue de la comptabilité et de la passation des marchés

c) Renforcement de l'offre de soins et des services hospitaliers ?

Importants investissements réalisés par l'Etat et les PTF :

- nouveaux hôpitaux publics et privés (PSE), plateau technique amélioré et décentralisé (ex dialyse, cardiologie, ophtalmo, télé médecine etc).

- érection des CS de référence en EPS 1 effective

- Cependant les pôles de compétences et Schémas régionaux, hôpitaux régionaux de niveau 3 pas encore effectifs.

d) accueil et urgences :

- Fonctionnalité du SAMU dans la région de Dakar et extension dans la région de Thiès

- Insuffisance dans la fonctionnalité des SAU dans les EPS

e) Qualité des services

- Très gros efforts réalisés (Distinctions des EPS) et meilleure image des EPS

- CLIN fonctionnels et mise en œuvre des 5 S

f) performances des hôpitaux

- Existence et mise en œuvre de contrats de performance

- Existence d'Indicateurs de performance dans le cadre du FBR

- Pas de comptabilité analytique

g) Plan de communication :

Pas de Plan de communication

CHAPITRE 5 : LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La disponibilité d'un personnel en quantité et en qualité constitue le plus grand défi pour le développement du système hospitalier au Sénégal.

Le recrutement des personnels hospitaliers ne s'est pas toujours fait en fonction des besoins spécifiques des structures hospitalières. Cette situation fragilise davantage leur équilibre, compte tenu des charges importantes, avec en plus les revendications salariales qui n'en finissent plus d'étouffer les EPS.

L'absence de statut du personnel pendant plus de 15 années a été aussi un facteur favorisant cette situation. Ainsi, de nombreuses primes sont décernées au personnel en dehors de toute réglementation. Dans certains EPS, le niveau de la masse salariale dépasse les 90 %.

Avec la promulgation récente du statut des personnels hospitaliers et son application effective, la situation pourrait connaître une stabilisation, mais à court terme, la régularisation des personnels pourrait entraîner une hausse immédiate de la masse salariale si on n'y prend garde.

Le personnel du CHU joue un rôle important dans le système de santé. Avec la décentralisation des universités dans les régions, un encadrement de qualité permettrait d'améliorer à la fois la qualité des services offerts et de disposer d'un personnel qualifié.

IL faut noter cependant que les EPS recrutent de plus en plus du personnel qualifié notamment les infirmiers, les sages-femmes et les médecins.

Dans les zones éloignées, les plus grands problèmes rencontrés au niveau des hôpitaux, demeurent le manque voire l'insuffisance des médecins spécialistes : ceci constitue une grosse entrave à l'accessibilité à des services de qualité pour ces populations enclavées et souvent indigentes.

Le partenariat avec le secteur privé qui constitue une grande opportunité, offre de meilleures perspectives dans ce domaine avec la mise en place d'un cadre de dialogue public-privé, accompagné un plan d'action concerté.

5.1. LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES

Dakar concentre l'essentiel du personnel et les régions sont beaucoup moins pourvues ; en plus, le redéploiement ne se fait plus au sein du MSAS. La capitale concentre également l'essentiel des infrastructures sanitaires. Nous notons aussi qu'en général, il y'a pléthore d'agents dans les services, surtout au niveau des postes et centres de santé de Dakar, et plus particulièrement par rapport aux sages-femmes.

La DRH a élaboré un plan national de développement des ressources humaines pour la période 2011- 2018 avec l'appui des PTF en particulier l'OMS, ceci, à l'image des pays africains de la sous-région. Ce plan fixe les objectifs et les axes stratégiques. Il dispose d'un cadre logique, d'un cadre de mise en œuvre et des mécanismes de suivi et évaluation. Après 5 années de mise en œuvre, ce plan n'a pas encore été évalué.

La vulgarisation et l'appropriation du document ne sont pas effectives, ni au sein du MSAS, ni au niveau des autres secteurs de l'Etat (Fonction Publique, MEFP, MFA, etc.).

La quasi-totalité des activités inscrites dans le cadre logique ne sont pas réalisées et le suivi est faible au niveau de la DRH et des régions.

Le plaidoyer en vue d'une meilleure sensibilisation sur les besoins en personnel du secteur est fait, cependant, les relations entre le Ministère en charge de la Fonction publique et le MSAS s'arrêtent au niveau des commissions de recrutement et des correspondances pour la mise à disposition des personnels de santé.

Les directions centrales se plaignent de la faible qualité des ressources humaines qui leur sont affectées à chaque fois et dont le profil est souvent bien en deçà des besoins exprimés. En fait le tableau des personnels recrutés montre un effectif important de personnel non qualifié par rapport à l'énorme gap en personnel qualifié identifié dans la carte sanitaire.

Le manque de communication et l'insuffisance dans la coordination expliquent en grande partie cette situation. En outre, le recrutement par la Fonction Publique ne correspond pas toujours aux besoins du secteur. Au niveau du processus de recrutement, des retards sont toujours notés dans la mobilisation des agents une fois la notification faite. Les déperditions sont nombreuses, sans compter le retour à Dakar des affectés ou le refus de rejoindre les postes d'affectation dans les régions sans sanctions. Nous n'avons pas pu disposer des statistiques relatives à ce rapprochement pour montrer l'importance de ces problèmes.

Recommandations : procéder à des simulations budgétaires respectant le cadrage de concert avec la DAGE avant de lancer les recrutements.

5.1.1. LA CONTRACTUALISATION

Le MSAS dispose annuellement d'un budget important relatif à la contractualisation de personnels en principe destinés aux zones enclavées et éloignées. Il a été noté des gaps financiers importants entre le budget alloué et le montant annuel des contrats signés au niveau de la DRH. Cela entraîne des dépassements qui induisent des réaménagements budgétaires fréquents au détriment des activités techniques. Pour la DRH, il y'a toujours une reconduction tacite du budget sans qu'il y'ait des corrections et réajustements lors du budget suivant. Les allocations budgétaires sont à chaque fois dépassées par le recrutement des contractuels. Les réaménagements budgétaires sont consolidés dans la Loi de Finances Rectificatives. Il existe des problèmes de coordination entre la DRH (où il n'y a pas de commission de recrutement) et la DAGE sur les recrutements des contractuels. De même, il n'y a pas de concertation entre les directions qui ont souligné le fait que les affectations des contractuels doivent privilégier surtout les régions qui ont besoin de renforcement et qu'il y'a nécessité d'assurer la transparence dans le recrutement (commission et/ou appel à candidature).

Depuis quelques années, les PTF ont accepté de procéder à des recrutements de personnel qualifié afin de renforcer le système de santé. Il s'agit essentiellement du Fonds Mondial, d'INTRAHEALTH, de la JICA etc.

En 2016, la DRH a procédé à la contractualisation de 70 agents recrutés auparavant par le Fonds Mondial et INTRAHEALTH dans la perspective de les intégrer dans la Fonction Publique conformément aux accords de subvention.

Afin de garantir la pérennisation de ce personnel, le MSAS s'est engagé à les intégrer progressivement dans la Fonction Publique : il s'agit essentiellement d'Infirmiers d'Etat et de Sages-femmes d'Etat dans les zones périphériques enclavées et pauvres.

L'Etat a aussi fourni d'importants efforts dans le recrutement en personnel de santé (SFE et IDE) affecté dans les régions. De même, l'Etat a mobilisé un important budget de recrutement de contractuels d'IDE, de SFE et des médecins spécialisés pour les zones enclavées et pauvres et cela, depuis les années 2003 /2004 : ainsi plusieurs régions en ont bénéficié.

Par ailleurs les Comités de santé et les Collectivités Locales procèdent à de nombreux recrutements pour les formations sanitaires, en particulier ce sont surtout les comités de santé qui ont réalisé des scores impressionnants dans ce domaine de recrutement de personnel qualifié (médecins, SFE et IDE).

De même des EPS qui ont le statut d'autonomie recrutent beaucoup de contractuels.

Au total pratiquement la quasi-totalité des postes de santé et des districts sanitaires sont doublés en personnel (IDE et SFE). Malheureusement le fichier des ressources humaines de la DRH n'intègre pas le personnel communautaire.

Recommandations :

- Etablir un tableau des besoins en personnel basés sur la carte sanitaire et tenir compte des priorités des directions

- Veiller à organiser les mutations en tenant compte des nécessités des programmes prioritaires (compétents SOU, formations faites etc...).

5.1.2. REDEPLOIEMENT ET MOTIVATION DU PERSONNEL

Depuis fort longtemps, le MSAS ne procède plus à des redéploiements de personnel, bien qu'il existe des disparités inexplicables entre régions.

Les primes d'éloignement pour le personnel ne sont pas appliquées, bien que la **conception** date des années 2000. La DRH est en train de construire un autre système de motivation des personnels des zones enclavées sur la base de critères bien définis.

Des critères de mobilité du personnel de santé sont en cours d'élaboration ainsi que l'instauration de primes d'éloignement, ceci à des fins de motivation dans le cadre d'affectation d'agents en milieu défavorisé.

Il y'a lieu de noter cependant l'existence d'une masse importante du budget destinée à la motivation uniforme des personnels de santé instaurée depuis les années 2000 (exemple en 2015, la motivation s'élève à 7 803 000 000 FCFA). Par ailleurs, dans le cadre du FBR avec les appuis de l'USAID, de la Banque Mondiale, il existe un certain nombre d'indicateurs qui sont payés en fonction des performances enregistrées.

Recommandation : mettre en place une commission de redéploiement du personnel en fonction de critères précis en liaison avec les partenaires sociaux.

5.2. GOUVERNANCE, GESTION ET MANAGEMENT DU PERSONNEL

La gestion du personnel n'est pas encore automatisée ; mais la DRH, avec l'appui des PTF, et pour moderniser la gestion des ressources humaines, a acquis le logiciel IHRIS avec internet et possibilités d'extensions à d'autres fins de gestion. Il y'a lieu de noter cependant que la saisie du fichier du personnel de santé n'est pas encore effective avec les mises à jour qui sont en cours dans les régions de Thiès et Diourbel dans un premier temps et plus tard vers les autres régions. Les liens avec la plateforme DHIS2 ne sont pas encore effectifs.

L'observatoire des ressources humaines n'est pas encore à l'ordre du jour, compte tenu des retards notés dans la mise en œuvre du PNDRH. La gestion du personnel n'est pas très rigoureuse.

La gestion du personnel pose de vrais problèmes, comme celui de la grande mobilité du personnel qui contribue à la désorganisation du système de santé: on peut citer les efforts faits en matière de formation des équipes SONU dans plusieurs régions (cas de Vélingara), annihilés par des décisions d'affectations de certains de ces personnels ce qui entraîne du coup le blocage des activités relatives à la SMNI.

Recommandations :

- **Recueillir l'avis de la Direction technique concernée avant l'affectation du personnel ;**
- **Mettre en place un système de suivi de la mise en œuvre du PNDRHs;**
- **Doter la DRH d'un tableau de bord de management et de pilotage du PNDRHs**

5.2.1. LA FORMATION

5.2.1.1. LA FORMATION INITIALE

La production des RH est faite à plusieurs niveaux

- UCAD
- ENDSS avec quinze (15) filières
- ENTSS
- Ecoles privées
- UFRs santé des Universités Régionales

Les écoles privées sont nombreuses sur le territoire, à telle enseigne que certaines commencent à fermer faute de bons résultats.

L'Approche Par Compétence (APC) a été testée en 2008 au Sénégal à l'ENDSS pour la formation de base des IDE/SFE. Depuis 2014-2015, il y'a eu la généralisation de cette approche APC pour toutes les filières des Infirmiers et sages-femmes des écoles de formation de base avec une extension aux pays de la CEDEAO et en Mauritanie, sauf pour les infirmiers spécialisés.

En 2011, il y'a eu l'élaboration d'un guide intégré pour la formation initiale en APC pour l'ensemble des programmes de santé avec l'appui de OOAS et de la JICA. Ce guide est en cours de partage, en vue de sa généralisation pour les élèves sortants des écoles.

Il existe une ligne pour bourses de spécialisation à la DRH de 100 millions de FCFA de l'Etat avec une commission de sélection : en outre il y'a un appui de la CTB avec 4 bourses et de la Sonatel en 2016 avec 16 bourses.

Recommandations; élaborer un nouveau plan de formation pour résorber les gaps

5.2.1.2. LA FORMATION CONTINUE

La gestion et l'organisation de la formation continue ont toujours constitué un problème préoccupant au MSAS. Nul n'ignore son importance dans l'offre de services de qualité ; mais il y'a nécessité de la normer et de l'organiser.

Les formations sont nombreuses et ne sont ni rationalisées, ni organisées.

Chaque direction ou service organise ses formations sans coordination, car il n'y a pas de centralisation ni de rationalisation de la formation continue : en outre un programme de formation continue n'est pas encore élaboré mais il est en cours.

Chaque direction assure ses formations partout ; il n'existe pas de normes de formation ou de directives du niveau central : c'est le cas par exemple des formations en cascade, ou de la création de pool de formateurs.

Depuis 2011, avec l'appui de l'Espagne, de LUXDEV, INTRAHEALTH et de la CTB, l'identification des besoins de formation a été faite, et finalisée dans les 14 régions. Un plan de formation continue a été élaboré pour chaque région. Mais la validation n'est pas encore effective, car chaque direction doit élaborer son plan de formation continue, ceci devant aboutir à un plan national de formation continue.

5.2.1.3. LES CENTRES REGIONAUX DE FORMATION

Le CRF a pour mission la formation décentralisée des personnels de santé au profit de la région d'implantation.

Par exemple, le Centre Régional de Formation de Kaolack, doyenne des CRF, disposait d'une bibliothèque et abritait un pool de formateurs-chercheurs pour la région. C'était un centre de renforcement des compétences dans le cadre de la formation continue et de démonstration des bonnes pratiques

Aujourd'hui, le constat est que les centres ne s'occupent essentiellement que de la formation de base au détriment de la formation continue et de la recherche.

Le partenariat de la division avec l'EMPOS/UCAD, au-delà des bourses de spécialisation, demeure très faible; même les cohortes des étudiants de spécialités ne sont pas disponibles au niveau de la DRH.

Du fait d'un déficit de coopération, les besoins du MSAS ne prennent pas en compte les capacités de production des chaires en spécialisation. Aujourd'hui, il est aberrant de constater que le pays a grandement besoin de médecins spécialistes, particulièrement au niveau périphérique, alors que ce sont essentiellement les médecins étrangers qui sont formés en grande majorité dans les chaires. Et cela dure depuis des décennies.

Le personnel médical et paramédical au niveau des régions ne disposent pas en général des capacités pour prendre en charge au minima certaines pathologies. En effet, aucun module de formation n'est produit pour renforcer les capacités techniques des médecins dans les diverses spécialités médicales. Il n'existe pas de programme de formation /recyclage en conséquence formulé dans ce sens.

Un programme national de supervision du CHU dans les régions n'existe pas à l'exception de quelques partenariats disparates entretenus par quelques EPS. Le partenariat avec le privé de santé est encore très faible en ce qui concerne l'appui en personnel que ce secteur pourrait apporter au secteur public.

Recommandation: Réorienter les activités des CRF vers leurs missions originelles.

5.2.1.4. REVISION DES CURRICULA DE FORMATION

En ce qui concerne la formation des infirmiers et des sages - femmes, un curriculum harmonisé conçu selon l'approche par les compétences et validé par l'OOAS a été adopté par les Ministres chargés de la santé de l'espace de la CEDEAO. Il est disponible et mis en œuvre depuis l'année académique 2014 - 2015. Ce programme d'études qui est intitulé "**Curriculum de licence en sciences infirmières et obstétricales**", est structuré en 6 semestres, en compétences générales et compétences spécifiques, en unités d'enseignements, en éléments constitutifs, et en crédits capitalisables pour les besoins de mobilité des étudiants et des personnels, mais également d'équivalence des diplômes. Le processus de révision avait débuté depuis l'année 2008.

Pour les techniciens supérieurs de santé, les programmes ont été révisés et sont devenus des masters de l'espace de la CEDEAO à contextualiser selon les pays : ainsi 19 masters sont validés et disponibles.

Pour les médecins en spécialisation, les programmes ont été révisés et sont devenus des Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES) pour l'espace de la CEDEAO : par contre les programmes des médecins généralistes n'ont pas été révisés.

Globalement, les constats ci-après ont été faits à l'issue de la visite de terrain.

- Dans la région de Diourbel il y'a un déficit en IDE de même n'y a pas de Médecin Adjoint dans certains Districts sanitaires, par contre, 50 SFE y ont été affectées en 2014 ;
- Au CHR H. Lubke, il manque beaucoup de spécialistes (psychiatres, neurochirurgiens, chirurgie générale, etc.) ;
- Dans la région de Kolda et plus précisément à Vélingara, l'histoire du bloc SOU est particulièrement illustrative: de 2008 à 2015, quatre (04) Médecins Compétents SOU y ont été affectés, mais ils n'ont jamais été fonctionnels et ont fini par être redéployés ailleurs. Ce n'est qu'en Décembre 2015 que les activités du bloc ont effectivement démarré.
- Dans la région de Matam, la proximité des deux (02) EPS (Ourossogui et Matam distants de 10 Km), fait que la Maternité du CHR de Matam n'a pas fait plus de 30 accouchements en 2015, avec un effectif de sept (07) SFE. Par ailleurs, la Commune de Matam dispose d'un Centre de Santé, et de Postes de Santé.
- Le déficit en RH en personnels de santé qualifiés et spécialisés perdure dans les Districts et à l'hôpital régional, malgré les grands efforts consentis par l'État et certains partenaires.
- Dans la région de Tambacounda, avec l'absence de médecins adjoints dans cinq (05) Districts sur les sept (07) que compte la région, la fonctionnalité de ces cinq (05) Districts n'est pas optimale. Cependant, dans le cadre de la riposte contre la malnutrition, le recrutement de sept (07) médecins par la Croix rouge Française pour les CREN, permet une meilleure prise en charge des enfants MAS avec complications. Au niveau de l'hôpital régional, le déficit en médecins et spécialistes compromet la qualité des prestations.
- Dans la région, il existe théoriquement quatre (04) Centres SOU (Bakel, Koumpentoum, Goudiry, Maka Koulibantan) pour sept (07) Districts. Actuellement, il n'y a que celui de Bakel qui fonctionne. A Goudiry, l'anesthésiste a été affecté et non remplacé depuis 2013. A Maka Koulibantan, l'anesthésiste qui a été affecté depuis 2 ans refuse de venir, et continue à recevoir son salaire. En conséquence, tous les quatre (04) Médecins

compétents en SOU sont sur place, et font de la consultation en Médecine Générale, ce qui atteste d'un manque d'efficacité.

L'absence de contractualisation à partir des régions et l'absence de primes de motivation liées au poste pour fixer le personnel, limitent le rendement des services dans les zones périphériques.

Globalement, le constat fait au niveau des régions visitées est que sont les suivantes : beaucoup d'efforts ont été déployés par l'Etat, les PTF et les comités de santé dans le recrutement. Les gaps en personnel y sont presque réglés en IDE et SFE notamment au niveau des Districts.

QUESTIONS D'EVALUATION DU PNDS RELATIVES AUX RESSOURCES HUMAINES

a) Mécanismes de suivi et d'évaluation du PNDRHs :

Pas de tableau de bord, ni d'indicateurs de pilotage et de suivi évaluation du PNDRHs

b) Efficience de ressources (Financières et humaines) mobilisées par rapport aux prévisions du PNDRHs ?

Pas d'efficience : formation pour les SOU et affectation ailleurs de ces personnels et les blocs sont fermés.

c) Observatoire des Ressources Humaines ?

L'Observatoire n'est pas encore mis en place.

e) Existence de Centres régionaux de formation ?

Les Centres existent mais sont sous utilisés

d) Disponibilité en personnels pour couvrir le gap identifié

Malgré les efforts fournis, le déficit existe toujours notamment au niveau hospitalier surtout en médecins spécialistes.

CHAPITRE 6 : DEVELOPPEMENT DES INFRASTRUCTURES DES EQUIPEMENTS ET DE LA MAINTENANCE

Le volet infrastructures du Programme National de Développement Sanitaire 2009-2015 partira d'une situation existante en 2008 où le nombre d'infrastructures est estimé à:

- trente cinq (35) hôpitaux érigés en établissement public de santé –EPS n(niveaux 1, 2 et 3)
- Soixante Seize (76) Centres de santé
- Neuf cent soixante-onze (971) postes de santé.

L'évaluation des infrastructures du PNDS portera sur les grands changements intervenus de 2009 à 2015 et sera axée principalement sur 3 grandes parties que sont :

- Les infrastructures
- Les équipements
- la maintenance

L'analyse se fera à partir d'un état des lieux et des besoins exprimés dans la carte sanitaire c'est-à-dire en début du programme en 2009.

Les progrès réalisés en 2015 seront évalués et il s'en suivra des recommandations.

6.1. INFRASTRUCTURES ET COUVERTURE PASSIVE

Le programme a pour objectif de:

- densifier de manière optimale le maillage en structures de santé
- relever le plateau technique des infrastructures (centre de santé, hôpitaux)
- créer ou reclasser les infrastructures qui existent dans les chefs-lieux de nouvelles régions en EPS de niveau 1
- procéder à des extensions adéquates au niveau des EPS de niveau 2

- créer des centres de santé secondaires dans les chefs-lieux d'arrondissements qui n'abritent pas de districts sanitaires
- créer des postes de santé dans chaque chefs-lieux de communauté rurale
- doter les postes de santé de maternité et de logements pour l'infirmier et la sage-femme.
- élaborer et mettre en œuvre un plan d'équipements et d'infrastructures intégrant les nouveaux besoins
- renouveler l'existant en tenant compte des normes en vigueur à la date de l'élaboration du programme

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) disposait depuis fin décembre 2008, d'une carte sanitaire fixée par décret n°2009-521 du 04 juin 2009 qui couvre la période 2009-2015. Cette carte révisée en 2011 et recadré en 2009/2013 prévoit la construction d'infrastructures sur la base de paramètres et ratios définis pour les postes de santé et les centres de santé.

L'évolution du nombre de structures de santé, notamment des postes de santé et des centres de santé entre 2009 et 2013 est présentée ci-dessous et montre une tendance plutôt positive.

En effet, toutes les régions médicales ont vu leur nombre de postes de santé augmenter durant cette période.

Les régions de Tambacounda, Kaffrine, Kédougou, Kolda, Louga ont la tendance la plus favorable, alors que celle de Dakar a la moins favorable.

Concernant l'évolution des centres de santé, on note également une tendance positive mais moins importante que celle de l'évolution des postes de santé. Ainsi 9 régions sur 14 (64,28%) ont vu leur nombre de centres de santé augmenter, contre seulement 5 (36,72 %) dont le nombre a stagné.

Tableau : Evolution des couvertures en personnel

Couverture	2009	2010	2012	2013
Ratio IDE/pop		1/5982	1/4200	1/4320
Ratio SFE/FAR	1/3946	1/3414	1/4000	1/ 2 426

Ratio médecin/Pop	1/10958	1/15320	1/11000	1/12373
-------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Tableau : Evolution des couvertures en infrastructures sanitaire

Couverture	2009	2010	2012	2013
Couverture en PS	1/ 12481			1 /11327
Couverture en CS	1/162813			1/154372

Source : Rapports de performance Evaluation de la carte sanitaire,

6.1.1. POSTES DE SANTE

La couverture en postes de santé avec en moyenne un ratio de 1 Poste de Santé pour 10094 habitants est relativement satisfaisante.

Malgré certaines disparités régionales observées sur la répartition, les meilleures couvertures sont enregistrées pour les régions de Ziguinchor, Fatick, Saint-Louis et Kédougou.

Les régions de Dakar, Diourbel, Kaffrine, Kolda et Louga ayant les taux les plus faibles. Celui de Dakar sera lui compensé par une bonne accessibilité géographique du fait de la concentration de sa population dans la région du Cap vert.

Concernant les postes de santé, le PNDS a vu les besoins exprimés évalués à 1580 postes de santé, cependant seuls 519 postes de santé ont été exécutés soit 32% du portefeuille. Le gap étant de 1134 postes (non exécutés en fin 2015) (Voir détails dans tableau ci-dessus)

En termes de postes de santé, le ratio observé sur les tableaux ci-dessus comble partiellement la couverture sanitaire. On peut noter sur le volet postes de santé, une nette amélioration de la couverture sanitaire dans l'ensemble du territoire.

Traditionnellement la DIEM en assure l'exécution, mais plusieurs intervenants sont mis à contribution et viennent en appui dans le cadre de la décentralisation du BCI. Un programme important de deux milliards neuf cent millions (2 900 000 000) FCFA est en

phase d'exécution par les collectivités locales afin de combler le déficit observé en postes de santé et en infrastructures de base.

En dépit des efforts enregistrés, le niveau de réalisation actuel ne règle pas la totalité de besoins de base exprimés dans le programme PNDS.

La progression affichée montre certes une nette amélioration mais beaucoup d'efforts sont à faire pour atteindre les résultats de la couverture en 2018.

Postes de sante réalisés par les collectivités par le biais de la décentralisation entre 2009 et 2015, pour un budget de deux milliards neuf cent millions (2 900 000 000) F CFA.

2009: PS de Walalaane, Gourgourène, Darou Nahim, Guédé Kaw et Sonatel(Reg. DL) réhabilités, PS Médina Marie Ciss (Reg. KD) réhabilité;PS de Diagaly, Touba Linguère (Reg.LG) réalisés; PS de Ogo (Reg.MT) réalisé, PS de Wouro Sidy, Dendory (Reg. MT) à construire, PS Guidakhar (Reg. SL) réalisé, PS Niassanté (Reg. SL) équipé, PS Niagha (Reg. SD) réhabilité, PS Dialambéré (Reg. SD) réhabilité; PS Diaboudior et Ndiandane (Reg. ZG) à construire;

2010: PS Touba Sourah (Reg. DL) réalisé, PS Moura (Reg.FK) à équiper, PS Thiamène (Reg. LG) équipé, PS Darou Mousty (Reg. LG) réalisé; PS de Ourossogui Quartier moderne (Reg. MT) réalisé, PS Dembacané (Reg.MT) réhabilité,PS Loughere Thioly, Vélingara, Sinthiou Bamambé, Agnam civol (Reg. MT) à réhabiliter;PS MBarkedji (Reg.MT) à construire;PS Thiénéba et Diassane (Reg. TH) à achever;

2011: pas d'inscription

2012: pas d'inscription

2013: PS Thiaroye/Mer (Reg. DK) réalisé, PS Darou Salam II (Reg.DK) à construire;PS Darou Nahim (Reg. DL) à équiper, PS Touba Bagdad (Reg.DL) réalisé, PS Sirmang (Reg.FK) à achever, PS Diambour Sine (Reg.FK) à construire, PS Ngothie et Wardiakha (Reg.KL) à achever, PS Thiamène (Reg KL) réalisé, PS Santa Koye (Reg.KD) à équiper, PS Yari Dakhar (Reg.LG) réalisé, PS Darou Fall(Reg.LG) à construire, PS Quartier moderne 3 (Reg.MT) équipé, PS Saré Lamou (Reg.SL) réalisé, PS Guidakhar(Reg.SL) équipé, PS Simandi Brassou (Reg.SD) à équiper, PS Thiénéba et Diassane (Reg.TH) à équiper, PS Diaboudior et Niandane (Reg.ZG) à achever;

2014: PS Keur Abibou (Reg.KL) réalisé, PS Santhie Thiamène (Reg.L) à équiper, PS Wardiakhal (Reg.L) à équiper, PS Sor(Reg.SL) à construire, PS Diacksao (Reg.TH) réalisé, Dispensaire Darou Sahm(Reg.TH) réalisé; PS de Séssène, Pékesse(Reg.TH) à construire;PS Tassette (Reg.TH) à réhabiliter;PS de Diaboudior, Niandane et Souda (Reg.ZG) à équiper, PS Adéane (Reg.ZG) équipé,PS Mahmouda Chérif (Reg.ZG) à construire;

2015: PS Yoff(Reg.DK) à construire, PS Diamaguene(Reg.DK) à réhabiliter, PS Municipal 1 de Pikine(Reg.DK) à réhabiliter, PS Thiaroye/Mer (Reg.DK) à équiper, PS Diakhao (Reg.FK) réalisé, Brigade Reg. Hygiène (Reg.FK) en cours de réhabilitation, PS Ndiosmone (Reg.FK) à construire, PS Médina-Niassène(Reg.KL) réalisé, PS Dinguiraye(Reg.KL), maternité Nguélou (Reg.KL) à construire, les maternités des PS de Niaming et Sare Moussa(Reg.KD) réalisées, PS Touba Linguère(Reg.LG) équipé, PS Yari Dakhar(Reg.LG) équipé,Dispensaire Dibiyat (Reg.LG) en construction,PS Darou

Mousty (Reg.LG) équipé, extension Kanène Ndiob(Reg.LG) réalisée, PS Diamaguene(Reg.SL) réalisé, maternités des PS de Safane, Bemet Bidjini et Diacounda(Reg.SD) à construire; PS de Dougué , Kayan, Diankhé Makhan, Bani Israel, Kéniéba, Cisséounda, Soubacounda, Syllamé, Diam Diam et Fass Gounass(Reg.TC) à achever; PS de Koussan,Komoty(Reg.TC) à construire, PS (Reg.TC) Bamba Thialène à réfectionner, PS Diacksao (Reg.TH) à équiper, Dispensaire Darou sahm (Reg.TH) équipé, PS Tendimane (Reg.ZG) à achever, , PS Mahmouda Chérif(Reg.ZG) à achever.

6.1.2. CENTRES DE SANTE

Selon la carte sanitaire 2009-2013, les besoins en centres de santé étaient de 46 unités ainsi réparties :

- 10 centres pour la région de Dakar
- 9 pour Diourbel
- 2 pour la région de Fatick
- 2 pour Kaolack
- 3 pour Kaffrine
- 2 pour Louga
- 3 pour Matam
- 2 pour Saint Louis
- 1 pour Kédougou
- 5 pour Thiès
- 1 Ziguinchor
- 4 pour Kolda
- 2 pour Sédhiou

On note également une tendance positive, relativement mitigée certes au vu des résultats des postes de santé.

- 12 centres de santé ont été construits sur un besoin évalué à 46 unités. Soit 26 % de besoin satisfaits.
- 9 sur 14 régions ont vu leur nombre de centres de santé augmenter, contre seulement 5 dont le nombre a stagné.

Au total 17 centres (y compris ceux non prévus par la carte sanitaire) ont été construits durant la période de 2009 à 2015.

Seules les régions de Louga et de Saint Louis ont vu leurs besoins satisfaits à 100%.

Certains centres de santé sont nés d'un changement de statut. 6 postes de santé ont été érigés en centres de santé par arrêté MSP/SG/BL DU 12/02/2010), et 5 centres de santé sont logés dans les locaux de postes de santé. 10 CS ont été érigés en EPS1.

Le nombre de centres de santé secondaires a évolué, passant de 52 en 2008 à 74 en 2010 et à 88 en 2015. Par contre celui de centre de santé de référence n'a varié que légèrement durant la période de 2009 à 2015.

La situation actuelle se présente comme suit:

- **Centres de santé réceptionnés :**
- CS Pété (réceptionné et fonctionnel)
- CS Médina Gounass (réceptionné et non fonctionnel)
- CS Samine (réceptionné et non fonctionnel)
- Makacoulibantang, (réceptionné et non fonctionnel)
- Saraya (réceptionné et non fonctionnel)
- Dianké Makha (réceptionné et fonctionnel).
- CS de Keur Massar (réceptionné et fonctionnel).

- **Nouveaux centres en santé en construction :** environ onze (11) (non compris extension) parmi lesquels certains posent problème, comme : Cas-Cas (marché en cours de résiliation), Gandiaye (nouveau AOF restreint en cours) et Diakhaye (géré par le Ministère de l'Urbanisme) ;

- **Centre de dialyse :** ouverts et fonctionnels à :
Saint Louis, HOGGY, Tambacounda, Ziguinchor, Kaolack, Touba Matlaboul Fawzeyni, Hôpital principal, Hôpital Aristide Le Dantec, Matam.
- **Autres structures créées**
- laboratoire national de sante publique
- bloc pédagogique du CRF de Thiès

En résumé : En dépit des efforts faits çà et là, le taux de réalisation de centres de santé par rapport aux besoins exprimés par la carte (26%) est relativement faible. Des efforts sont à faire afin de satisfaire les objectifs de couverture initialement fixés par le PNDS. Il faut rappeler que la création de CS en plus de son équipement est d'un cout assez élevé .Il y'a lieu de noter qu'environ 10 CS sont en construction depuis 2005 et qu'ils peinent à être achevés compte tenu d'un certain nombre de facteurs de tous ordres.

Centres de santé en souffrance et bloqués depuis 2005/2006 dans certaines localités. Leurs contrats devraient faire l'objet de résiliation et de relance pour une reprise des travaux. Ce sont entre autres : Goudomp, Niakhar, Gandiaye (résiliation effective) et CASCAS (résiliation en cours)

Centres de santé en cours de réception : CS Goudomp, CS Niakhar, CS Yeumbeul.

6.1.3. HOPITAUX

Selon le programme PNDS (source carte sanitaire 2009 2013), trois (03) d'hôpitaux (Kaffrine, Kédougou et Sédhiou) devraient être construits. L'objectif final étant une région un hôpital.

Le tableau ci-dessous montre que Kaolack Kaffrine Louga et Thiès constituent à eux seuls presque 46% des besoins.

Dix (10) hôpitaux (non compris les neuf (5) hôpitaux non fondés sur la carte sanitaire) ont été construits, soit un niveau d'exécution de 52.6% ?

- **Situation actuelle :**

Trois (3) nouvelles régions sont à pourvoir en hôpitaux (la recherche de partenariat est en cours)

- Infrastructures réceptionnés et fonctionnelles : des hôpitaux dont les travaux étaient bloqués depuis plus de 10 ans sont réceptionnés équipés et fonctionnels. Il s'agit notamment de :

- l'hôpital de Fatick,
- l'hôpital de Ziguinchor,
- l'Hôpital Régional de Matam.
- Hôpitaux achevés et réceptionnés :
- l'hôpital Dalal Jamm (en attente des équipements)
- la pédiatrie de Thiès
- le Laboratoire National de référence de Thiès.
- Hôpital de Diamniadio

- La réception de la Maternité de l'hôpital Aristide Le Dantec est prévue au début du second semestre 2016 et les travaux de l'Institut d'Hygiène sociale se poursuivent.

- En ce qui concerne l'action sociale, le Centre de réadaptation sociale (CRS) de Kaolack (centre pour malades mentaux) et Bambey (pour personnes handicapées) ont été réceptionnés inaugurés en 2014.

Commentaires:

En dépit des importants progrès affichés depuis des années, plusieurs problèmes sont diagnostiqués :

- Niveau d'exécution des infrastructures faible
- Beaucoup de chantiers engagés et non finis
- Temps souvent trop long des travaux entraînant des surcoûts énormes
- Le processus de passation des marchés (élaboration des DAO) trop long
- Des périodes d'instabilité institutionnelle des structures chargées de gérer

les projets

Dans le budget « infrastructures » la Sous action infrastructures / Equipements / Maintenance évaluée à 24 708 676 010 FCFA a été exécuté à hauteur de 19 950 608 059 FCFA soit un taux de 80,74%. Il s'agit essentiellement des efforts de l'Etat et des partenaires au développement pour la prise en charge des travaux de construction et de réhabilitation des centres de santé, postes et hôpitaux pour un montant de 13 836 042 010 FCFA, mais aussi l'acquisition d'équipements Médico technique, roulant pour les structures du niveau central et régional sans oublier la rubrique maintenance.

6.2. EQUIPEMENTS

La politique en matière d'équipements pour le programme PNDS prévoit le relèvement du plateau technique afin de faire face de manière efficace aux besoins exprimés en 2009. Un plan d'investissement avait été prévu.

Il est noté cependant quelques équipements de type lourd dans les structures suivantes :

- **Générateur d'oxygène :**

Concernant la couverture en générateurs d'oxygène douze hôpitaux (Saint Louis, Pikine, Hoggy, Fann, Thiès, Kolda, Touba, Kaolack, Albert Royer, Diourbel, Ziguinchor et Louga) sont équipés et fonctionnels. L'installation des 7 autres (Hôpital Aristide Le Dantec (2), Ourosogui, Ndium, Tamba, Matam, Fatick) se poursuit au fur et à mesure que les aménagements se font.

- **Relèvement des plateaux techniques :**

acquisition de treize (13) scanners installés : Trois (03) avec le Fonds indien (Touba, Kolda et Ourosogui), Six (06) avec BCI (Saint-Louis, CHN Grand Yoff, Kaolack, Tambacounda, Pikine, Ziguinchor) et quatre (04) avec Fonds autrichien de promotion des exportations, (Louga, Diourbel, Thiès, CHUN Aristide Le Dantec (64 barrettes) et 16 pour les autres avec téléradio dans les régions avec un serveur à HALD) . L'hôpital de Fatick attend et va recevoir son scanner. En définitive à l'exception de Sédhiou Kaffrine et Kédougou pratiquement toutes les régions sont dotées de scanner

✓

✓ **Acquisition d'un angiographe au CHN de Dantec**

✓ **Acquisition de quatorze (14) appareils de mammographie**

✓ **Renforcement de onze (11) hôpitaux à tous les niveaux (1, 2 et 3)
Acquisition d'équipements médicaux pour la prise en charge des urgences,**

✓ **Acquisition de vingt (20) groupes électrogènes**

✓ **Programme spécial Tivaouane (équipements de l'EPS1)**

✓ **acquisition de trente cinq (35) tables radiologies numériques pour les centres de santé et hôpitaux**

✓ **Acquisition de trente-trois (33) appareils d'échographie**

✓ **Acquisition d'une Pompe de Circulation extra Corporelle (CEC) et d'une baie cathérisée pour Appareil d'Angiographie**

- ✓ **Acquisition d'équipements de laboratoire, stérilisation de bloc opératoire, de la chaîne de froid, de groupes électrogènes chaises dentaires, morgues etc.**
- ✓ **Acquisition de six (06) incinérateurs**
- ✓ **Acquisition cent soixante trois (163) d'ambulances médicalisées pour les structures sanitaires**

Plusieurs réalisations en matière d'équipements et de relèvement de plateau technique sont en cours.

A titre d'exemple :

- Pratiquement toutes les régions sont dotées de Mammographie
- Dakar se renforce en Angiographie
- En télémédecine: l'interconnexion entre Dantec et les autres centres des régions est une réalité.
- Seul Dakar disposait de centre de dialyse. En 2015 tous les centres importants en sont pourvus. D'autres centres de dialyse (15) sont attendus et seront construits dans un délai de 3 ans.

En somme des efforts très importants pour relever le plateau technique et des CSR CS et EPS faits par l'Etat avec l'appui des PTF dans une moindre mesure.

6.3. MAINTENANCE

Les infrastructures et les équipements augmentant d'année en année, en 2010 le Sénégal a validé la politique nationale de maintenance et mise en œuvre dans toutes les régions.

La gestion automatisée par gestion par ordinateur (GMAO) du système d'information pour la maintenance (SIM) est en cours dans les régions à l'exception de Thiès, Diourbel, et Dakar.

L'appui en moyens matériels et logistiques, humains a connu des efforts importants de la part de l'Etat (existence de ligne budgétaire pour acquisition d'outillages et de motos sur BCI) et les partenaires dans le cadre des projets en cours au MSAS.

Cependant, l'application de cette politique révèle, malgré tout, des insuffisances dans le fonctionnement normal des activités de maintenance dans les hôpitaux (STM), régions médicales (BRM) et districts sanitaires (UTM). Cette situation découle d'un défaut d'organisation (plan d'équipement des structures de maintenance, organigramme,), mais aussi d'un déficit en personnel qualifié et suffisant (Seules 7 régions médicales sur 14 disposent d'un BRM). L'option de rendre fonctionnels les structures de maintenance au

niveau des hôpitaux, régions, et districts devrait être revue au regard des résultats enregistrés dans ce domaine.

Une solution pourrait être le recours à la contractualisation avec des prestataires de services pour la maintenance des équipements lourds.

Les PTF, l'Etat et les Comités de santé et les collectivités locales assurent la maintenance mais le budget global n'atteint pas les normes internationales en la matière.

Il existe des techniciens de maintenance hospitalière formés à Diourbel ENFTMH, et au Centre de Formation en Maintenance (CFTP) Sénégal japon.

Les difficultés.

- Manque criard de ressources humaines notamment en catégorie professionnelles (affiliation au corps des ingénieurs des travaux) ;
- Absence de statut des professionnels de la maintenance, ce qui décourage le peu de formés dans le secteur ;
- Incohérence entre les objectifs de pérennisation des investissements et la politique de recrutement développé par l'état ;
- Faiblesse de la maintenance préventive.

Beaucoup d'améliorations de la situation de la maintenance sont notées mais beaucoup de points à résoudre subsistent comme :

1. Inexistence de textes réglementaires portant organisation et fonctionnement de la maintenance.
2. Non effectivité des services techniques de maintenance STM pour certains les hôpitaux ;
3. Non effectivité des divisions de maintenance pour les EPS 1 et 2
4. Non effectivité des unités Techniques de maintenance pour les centres de santé.
5. Non Corrélation entre volet génie civil et maintenance

Recommandations

Développer les innovations technologiques dans les structures de santé : (Télémédecine, radiologie numérique, etc.);

Mettre en place des normes en infrastructures et équipements des structures de santé suivant le niveau dans la pyramide sanitaire ;

Faire la mise à jour de la base de données des équipements. l'inventaire était réalisé en 2009. Cela aidera à la mise en œuvre de la maintenance, à travers une Gestion de la Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO).

6.4. PLANIFICATION ET GESTION DES MARCHES

La DIEM a hérité de la gestion des marchés depuis 2010 mais elle a toujours eu à participer aux marchés du MSAS aussi bien en termes de génie civil qu'en termes d'équipements.

Au moment où cette gestion était déléguée à l'AGETIP, elle représentait normalement le maître d'ouvrage qu'est le MSAS. Cette délégation a été faite depuis les années 90 avec l'avènement des travaux à haute intensité de main d'œuvre préconisé par la Banque Mondiale.

Bien que ce partenariat n'ait été jamais vraiment évalué de façon globale, l'AGETIP a mis en œuvre un nombre très important de marchés aussi sur financement des PTF que sur BCI/Etat.

Avec la nouvelle responsabilité de la DIEM, plusieurs PTF en accord avec le MSAS ont considéré celle-ci comme pouvant mettre en œuvre les projets d'infrastructures et d'équipement du MSAS.

Il faut reconnaître cependant que le personnel de la DIEM est limité (nombre et qualifications) et les sollicitations sont nombreuses. Malgré toute leur bonne volonté, le recours à une délégation ou à la consultance pour certaines activités demeure indispensable.

Certains constats peuvent être faits :

- Passation des travaux : pour les plans de passation des marchés, les quelques lenteurs sont observées et se situent au niveau de la conception des DAO, de l'analyse et l'attribution des marchés.
- Mise en œuvre des travaux : les délais pour le génie civil sont souvent dépassés pour des raisons diverses :

- entreprises défaillantes,
- recours litiges et autres,
- Procédure de passation coïncidant avec les clôtures des projets,
- Budget programmes en contradiction avec les plannings d'exécution et engagements,
- Retard dans l'élaboration des DAO pouvant entraîner des ponctions sur les crédits,
- Problèmes de coordination et de centralisation des projets avec les intervenants.
- Instabilité institutionnelle de la DIEM: les projets passent d'un service à un autre cause d'abandons de chantiers),
- Insuffisance de la participation des collectivités et des MCR ;
- Non-respect des normes de constructions et de la carte sanitaire par les collectivités locales ;
- Difficultés à reprendre et à poursuivre les travaux de construction des centres de santé de Gandiaye, de Diakhaye, de Cas-Cas et de la nouvelle direction de l'hygiène, du fait de la défaillance des entreprises attributaires ;
- Nombre important de rejets des bons d'engagement ;
- Non prise en compte par le MEF des demandes de réaménagement suite aux modulations de crédits ;
- Difficultés dans la gestion de la réparation des véhicules et de la maintenance des installations et équipements techniques du siège du MSAS ;
- Déficit en moyens logistiques (véhicules) qui impacte négativement sur les missions de supervision.

Recommandations:

La DIEM devrait être responsabilisée davantage dans la coordination, la supervision, l'appui technique, la gestion des contrats et le suivi évaluation des marchés de génie civil et d'équipements, plutôt de faire tout elle-même.

Disposer à temps des crédits issus des LFR (Loi de finances Rectificative), afin d'éviter la forclusion ;

Reporter des crédits pour une prise en charge des marchés disposant d'une attestation d'existence de crédits;

Envisager des résiliations de contrat malgré la complexité des procédures ;

Faciliter les missions de supervision sur le terrain des chantiers en cours; former et encadrer les gestionnaires et comptables des matières à la saisie des engagements et liquidations dans le SIGFIP ;

Regrouper et renforcer les crédits d'entretien et de réparation des véhicules et la maintenance du siège ;

Renforcer et outiller la Cellule de Passation des Marchés du MSAS ;

QUESTIONS D'EVALUATION DU PNDS RELATIVES AUX INFRASTRUCTURES EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE

- Erection de tous les CSR en EPS 3 : tous les CSR ont été érigés en EPS
- Amélioration de la couverture sanitaire en PS et en CS : il y encore un Gap en infrastructures et normes de planification : couverture passive et carte sanitaire : malgré d'importants efforts dans la réalisation de postes de santé et de centres de santé le GAP avec les normes de la carte sanitaire demeure toujours impressionnant
- Dotation des nouvelles régions en EPS 3 ; les CSR sont érigés en EPS sauf cas de Matam qui dispose de nouvel EPS
- Extension des EPS 2 des régions et relèvement du plateau technique des EPS; des efforts importants de relèvement et d'extension des services sont en cours dans pratiquement toutes les régions.

- Cohérence PIS/PNDS : le PIS est l'instrument opérationnel de mise en œuvre du PNDS. Y' a cohérence.
- Efficience de ressources (Financières et humaines) mobilisées par rapport aux prévisions. En ce qui concerne les infrastructures il y'a manifestement peu d'efficience et d'efficacité car les délais de construction sont longs et des chantiers sont en cours depuis plus de 15 années portant sur des milliards de FCFA. Des blocs SONU construits et équipés et des nouveaux centres de santé sont construits équipés et fermés ou en grande partie faute de personnel dans plusieurs régions.
- Disponibilité en personnels pour couvrir le gap identifié : Beaucoup d'efforts de l'Etat des PTF et surtout des CL et de nombreux postes de santé doublés en sage femme d'Etat mais le GAP demeure encore important et particulièrement le personnel médical spécialisé dans les régions périphériques.
- Mise en œuvre de la politique de maintenance : les organes décentralisés du système de maintenance sont créés et sont dotés de trousse d'équipement et sont munis de logiciel de gestion GMAO et reliés à la DIEM. Insuffisance en personnel qualifié face aux défis technologiques et à l'obsolescence.

CHAPITRE 7 : DISPONIBILITE EN MEDICAMENTS ESSENTIELS ET EN PRODUITS DE SANTE

Depuis 2006, le Sénégal dispose 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. Pour y parvenir, des réformes du secteur pharmaceutique doivent être entreprises pour assurer l'accès de toutes les populations aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût. Ces réformes préconisées concernent la mise en place d'un système d'assurance qualité reposant sur l'homologation des médicaments, le contrôle qualité, la pharmacovigilance et l'inspection pharmaceutique ; la mise en place d'un dispositif légal et réglementaire adéquat ; l'approvisionnement régulier en médicaments et produits de qualité, y compris les médicaments traditionnels améliorés (MTA) ; la révision du statut de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement pour lui permettre de participer à la production ; l'incitation du secteur privé à renforcer la production locale ; le renforcement des activités de laboratoires ; la lutte contre le marché illicite des médicaments et la promotion des médicaments essentiels génériques.

7.1. SYSTEME D'ASSURANCE QUALITE

La mise en place d'un système d'assurance qualité repose sur l'homologation des médicaments, le contrôle qualité, la pharmacovigilance et l'inspection pharmaceutique.

Le système d'assurance qualité est l'ensemble des activités et responsabilités nécessaires pour s'assurer que le médicament utilisé par les populations est sûr, efficace et acceptable.

La plupart de ces activités sont exécutées au niveau de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM).

La DPM compte sept (7) pharmaciens inspecteurs qui ont pour mission de veiller au respect des normes en matière de stockage et de dispensation dans toutes les structures détenant des médicaments. Ils participent aussi au renforcement des capacités des acteurs du système pharmaceutique à tous les niveaux.

Les actions majeures entreprises durant cette période de la mise en œuvre du PNDS concernent :

- La formation de six (6) pharmaciens inspecteurs par l'Etat en 2012 ;
- L'initiation du projet de création du corps des pharmaciens inspecteurs ;

- La formation en homologation des évaluateurs de dossiers de demande d'homologation ;
- L'amélioration du système de pharmacovigilance mis en place depuis 2009 par la centralisation de la pharmacovigilance à la DPM avec l'appui de l'OMS et l'appartenance au Programme International de surveillance des effets indésirables des médicaments ;
- Des outils standards de pharmacovigilance ont été élaborés avec l'appui de partenaires techniques et financiers. Le FM en 2010 a soutenu la mise en place de la fiche de notification, le guide national de pharmacovigilance et manuel de formation en pharmacovigilance...). L'OMS, en 2012 a appuyé la conception des outils de communication en pharmacovigilance. Ces outils ont été diffusés et sont maintenant présents dans les centres de santé ;
- La mise en place d'une Autorité Nationale de réglementation pharmaceutique;
- La PPN a été réactualisée en 2014 avec un plan directeur pour la mise en œuvre en 2015.

Les difficultés rencontrées par la DPM sont :

- un déficit de ressources humaines de qualité ;
- une insuffisance de capacités financières et matérielles pour faire respecter les normes et vulgariser voire actualiser les textes réglementaires (application des normes d'assurance qualité (AQ) et mise en œuvre du système de pharmacovigilance.) ;
- une absence de motivation financière des experts de la commission du VISA pour l'étude des spécialités pharmaceutiques dans le cadre de l'homologation, conduisant parfois à la non remise des rapports par ces derniers.
- Insuffisance des molécules contrôlées (seuls 17 molécules) par le LNCM.

L'inspection qui constitue une des fonctions régaliennes fait face, également, à des nombreux problèmes tels que : une insuffisance en ressources humaines, financière et logistique. La DPM ne bénéficie que de l'appui de certains PTF (OMS, Fonds Mondial)

On note également une absence de statut pour les pharmaciens inspecteurs; une faible capacité opérationnelle pour toutes les fonctions de réglementations (une insuffisance du budget, un environnement de travail pas favorable ; une démotivation des pharmaciens inspecteurs ; un environnement de travail pas très favorable exigüité et emplacement des locaux).

Ainsi, le statut de l'autorité nationale de régulation doit être revu et amélioré en appliquant les directives de l'UEMOA pour rendre la DPM plus efficace et lui permettre de mener à bien toutes ses missions.

7.2. MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF LEGAL ET REGLEMENTAIRE ADEQUAT

La législation du secteur pharmaceutique date de 1954, et découle en grande partie de certaines dispositions du code français de santé publique relatif à la pharmacie. Des dispositions majeures ont été prises par le Gouvernement du Sénégal pour compléter et mettre à jour cette législation. Notamment la loi n° 94-57 du 28 juin 1994 sur la définition du médicament ainsi que des décrets sur la Liste Nationale des Médicaments et Produits Essentiels (LNMPE)... Par ailleurs, ce secteur est également régi par des textes communautaires de la CEDEAO et de l'UEMOA dans le cadre de l'harmonisation de la réglementation et la coopération pharmaceutiques (CHRCF) dans leurs états membres.

Les listes des MEG sont révisées régulièrement tous les 2 ans et actualisées en tenant compte des impératifs de santé publique avec la participation de tous les acteurs du système de santé mais le plus souvent se pose un problème de vulgarisation de ces documents sur l'ensemble du territoire nationale : très souvent donc les prescripteurs ne disposent que de très anciennes révisions.

Concernant les textes régissant le secteur pharmaceutique, une révision a été entamée depuis 2008 mais le projet de loi n'est pas jusqu'ici validé et adopté. Le dispositif légal et réglementaire en vigueur garde donc les empreintes héritées de la colonisation.

7.3. APPROVISIONNEMENT REGULIER EN MEDICAMENTS ET PRODUITS DE QUALITE

L'Approvisionnement régulier en médicaments et produits de qualité, comprend aussi les médicaments traditionnels améliorés (MTA)

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est chargée d'assurer l'accessibilité des médicaments dans le secteur public. Ce système est complété par celui des grossistes privés répartiteurs dont leur mission est d'approvisionner les officines de pharmacie (secteur privé) en spécialités pharmaceutiques.

Les ressources financières de la PNA proviennent essentiellement des ventes et des frais de gestion payés à la PNA par les programmes et des appuis ponctuels.

7.4. PROGRAMME DE SECURISATION DES PRODUITS DE LA SR

Un plan de sécurisation des produits de la SR a été élaboré par la direction de la santé de la reproduction et survie de l'enfant avec l'appui de partenaires tels que l'UNFPA et l'USAID. Un des objectifs de ce plan est d'assurer la pérennisation des programmes et projet des partenaires techniques et financiers intervenant dans ce domaine. Ce plan de sécurisation des produits SR permet de résoudre le problème d'inaccessibilité identifié. La mise en oeuvre de ce plan découle de l'appel à l'action pour la réduction des décès des mères et des nouveau-nés. Les acquis sont :

- Le Comité de sécurisation des produits de la santé de la reproduction (CSPSR), plate-forme d'échanges de plusieurs partenaires qui se réunit mensuellement
- Le Cluster SR SMI se réunit périodiquement pour discuter des actions majeures pour appuyer le pays ;

Il est important de souligner qu'il existe une bonne coordination de l'action des partenaires autour de la sécurisation des produits SR.

Certains produits du plan n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché au niveau du Sénégal, bien qu'étant connus au niveau international. Pour ces produits, une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) est délivrée par la DPM pour permettre leur utilisation au niveau des points de prestations de services. Cependant, ces ATU ont une durée limitée à deux (2) ans.

7.5. DISPONIBILITE DE MEDICAMENTS TRADITIONNELS AMELIORES (MTA)

La réforme des médicaments traditionnels améliorés s'est caractérisée par une amélioration du cadre institutionnel via :

- l'élaboration d'un formulaire national et d'une pharmacopée nationale qui répertorie l'ensemble des plantes médicinales connues ;
- la définition d'un consensus national sur 17 plantes médicinales qui devraient faire l'objet d'analyse approfondie (étude galénique) pour aboutir à la formation de médicaments ;
- la mise en place d'un comité technique pour les MTA, et ;
- la mise en place d'une commission nationale pour l'homologation.

Cependant, à ce jour aucun MTA n'est disponible au niveau de la PNA, résultat d'une faible exploitation de la pharmacopée sénégalaise. La procédure d'homologation des médicaments traditionnels améliorés n'est pas encore réalisée, et les procédures actuelles restent très lourdes pour les MTA.

7.6 INCITATION DU SECTEUR PRIVE A RENFORCER LA PRODUCTION LOCALE

Les facteurs favorisant la production locale des produits et médicament pharmaceutiques restent faibles. Il s'agit entre autres:

- des taxes (impôts, douane, etc.) qui constituent des charges énormes pour les laboratoires de fabrication;
- des matières premières (excipients et autres) qui ne sont pas disponibles sur place et qui doivent être importées.

Ces produits des laboratoires locaux ne sont pas parfois concurrentiels avec les médicaments venus d'ailleurs ou produits des grands laboratoires internationaux.

En terme de recommandations, il est important de procéder par une approche sous régionale pour arriver à faire le poids devant les grandes industries internationales.

Concernant la réforme des statuts de la PNA pour lui permettre de participer à la production locale de médicaments, des réflexions sont toujours en cours pour cette modification du statut. Des propositions de textes sont donc en cours d'élaboration. Toutefois, cette révision n'est pas encore effective.

Sous l'initiative de la primature, une stratégie pour le développement de la production locale est également en cours d'élaboration.

De façon globale, la production locale de médicaments reste faible et ne satisfait que 15% des besoins du pays.

7.7. PROMOTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS GENERIQUES

Au niveau institutionnel, pour l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels, plusieurs actions ont été menées. Il s'agit notamment, de l'élaboration d'un guide des équivalences en 2013 par le Ministère de la Santé et de l'action sociale pour

opérationnaliser le décret de substitution des spécialités par les génériques. Ce guide permet de faire la promotion des médicaments génériques dans le secteur privé, quoique ce secteur reste encore inaccessible financièrement à une fraction de la population, notamment dans les zones les plus pauvres. Une autre réforme réalisée en 2010, qui sert également d'instrument de valorisation des génériques est la mise en place de la stratégie nationale pour la promotion des génériques. De plus, la PNA acquiert essentiellement des médicaments génériques et produits essentiels.

L'implication du secteur privé dans l'approvisionnement en Médicaments Génériques et Produits Essentiels se matérialise par un partenariat public-privé (PNA-Grossistes répartiteurs privés). Ainsi, il est établi par arrêté ministériel, une liste d'environ soixante (60) produits qui vont de la PNA aux officines via les grossistes privés. Les prix de ces médicaments doivent être les mêmes au niveau des officines et des structures sanitaires publiques. Cependant, cette liste devrait faire l'objet d'une évaluation pour vérifier l'effectivité de la mise en place de ces produits dans le secteur privé.

Il est important de souligner que de nombreux outils ont été mis en place pour assurer la promotion des médicaments génériques. Toutefois, le constat est que bon nombre de ces outils ne sont pas suffisamment vulgarisés et demeurent méconnus des acteurs au niveau opérationnel. Au niveau des officines et des grossistes répartiteurs privés, le générique occupe une très faible place.

Depuis 2014, des stratégies de réduction du coût de quelques médicaments dit coûteux et qui ont une portée de santé publique, ont été mises en place par la DPM en vue de les rendre accessibles pour la population.

7.8. LUTTE CONTRE LE MARCHE ILLICITE DES MEDICAMENTS

Plusieurs actions ont été entreprises pour lutter contre la vente illicite des médicaments.

La plus importante fut la campagne nationale de lutte contre le marché illicite. En 2011, une sensibilisation des populations dans les régions de Dakar et Diourbel, qui sont les deux régions du Sénégal les plus touchées par le phénomène a été menée par la DPM. En 2014, une opération dénommée opération « porc-épic » dans les régions de Dakar, Diourbel, Kaolack et Tambacounda a permis de saisir trois tonnes neuf cents kilogrammes (3,9 tonnes) de médicaments et de sanctionner les fautifs.

De façon globale, la disponibilité des médicaments s'est améliorée sur l'ensemble du territoire. La plupart des réformes sont bien en cours de mise en œuvre même si certaines semblent être moins prioritaires.

Toutefois, le secteur doit faire face à de nombreux défis tels que :

- la nécessité d'avoir un code de la santé ;
- la coordination des différents acteurs intervenant dans le domaine des médicaments ;
- une réorientation de la DPM en tenant compte des directives de l'UEMOA qui suggèrent la création d'une agence du médicament, avec une autonomie de gestion.
- la mise en œuvre optimale du plan stratégique de la PNA ;

QUESTIONS D'EVALUATION DU PNDS RELATIVES AUX MEG

- **Efficiences de ressources (Financières et humaines) mobilisées par rapport aux prévisions :**
 - Amélioration de l'approvisionnement en MEG : PPN et Plan d'Approvisionnement en MEG élaborés ainsi qu'un plan stratégique de la PNA. Avec le projet Commodity Aid/UNFPA et l'acquisition de camions et de moyens matériels et l'érection dans chaque région d'une PRA.
 - Amélioration de l'accessibilité aux MEG : des efforts faits dans le cadre du Push Model avec le rapprochement des MEG aux populations les plus enclavées : dans le cadre de l'IB on note l'accessibilité des MEG même au niveau des EPS.
 - Révision du statut de la PNA et aspects réglementaires : le statut d'EPS reste maintenu avec son autonomie de gestion
 - Au niveau de la DPM le personnel est démotivé faute de la conformité de l'Autorité de Régulation aux Directives de l'UEMOA.
 - Promotion des MEG : Très peu d'efforts sont faits malgré l'existence d'un tableau des équivalences mais révision régulière de la liste des MEG/PE tous les 2 ans

CHAPITRE 8 : PROTECTION SOCIALE, COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET MUTUELLES DE SANTE

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours du **PNDS 2009-2018**, cette partie de l'étude prendra en charge la question globale de la protection sociale d'une part et d'autre part de la Couverture Maladie Universelle.

Le Gouvernement du Sénégal depuis le milieu des années 90, a fait de la protection sociale une préoccupation importante et il a, à cet effet, initié et mis en œuvre de nombreuses stratégies et initiatives structurelles. Force a été cependant de constater que les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes des populations, malgré d'importants moyens dégagés. A partir de 2012, s'appuyant sur une vision à long terme du développement humain, le Gouvernement a revu la politique de protection sociale en mettant en place une Délégation générale à la Protection sociale et à la Solidarité nationale (DGPSSN) chargée entre autre de mettre en œuvre le Programme national de bourses de sécurité familiale (BSF). Dans le même sillage, à partir de 2012 et à travers la Direction générale de l'Action sociale ('DGAS) rattachée au MSAS, développe le financement d'activités génératrices de revenus au profit d'indigents, mais aussi, met en œuvre la Carte d'Egalité des Chances,. De même, il est prévu la mise en place de la Caisse autonome de protection sociale universelle (Capsu) pour appuyer l'exécution de ces stratégies.

La Couverture Maladie Universelle est elle aussi une vision proactive de porter le taux de couverture sanitaire des populations de 20 % en 2012 à 75 % à l'horizon 2017. La problématique de la couverture maladie a elle aussi été une préoccupation majeure du Gouvernement sénégalais, et déjà en 2008, le Ministère en charge de la Santé avait défini une « Stratégie d'extension de couverture maladie universelle ».

En 2012, le Chef de l'Etat a instruit le Ministre en charge de la Santé d'initier une réflexion sur la Couverture Maladie Universelle, objet d'un Comité de Pilotage et de cinq groupes de travail dont les conclusions ont abouti à la déclaration et au lancement officiel de la Couverture Maladie Universelle. Cette stratégie de couverture maladie universelle aura comme socle principal les mutuelles de santé notamment communautaires, ce qui sous-entend un développement de ce type de mutuelles, seules capables d'englober l'écrasante majorité de la population sénégalaise encore sans couverture sanitaire. Pour appuyer cette politique, l'Etat a mis en place l'Agence de la

Couverture Maladie Universelle. Ces deux aspects de protection sociale et de couverture maladie devraient s'insérer de manière beaucoup plus effective dans la version remaniée du PNDS, ceci à la dimension de l'importance actuelle que leur accorde le Gouvernement sénégalais. Cette partie sera développée sous deux points. (i) la Protection sociale, (ii) la Couverture Maladie Universelle

8.1. LA PROTECTION SOCIALE

La politique de protection sociale, en plus des stratégies de gratuités, est bâtie notamment sur les bourses de sécurité familiales, la Carte d'égalité des chances, le financement d'activités génératrices de revenus etc...

8.1.1. LA BOURSE DE SECURITE FAMILIALE (BSF), VISION ET POLITIQUE DE PROTECTION SOCIALE.

La stratégie de Bourse de Sécurité Familiale est une vision du Président de la République dans le domaine de la protection sociale en direction des familles défavorisées, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

A cet effet, un Programme National de Bourses de Sécurité Familiale (PNBSF) est mis en place avec comme objectif général de « Contribuer à la lutte contre la vulnérabilité et l'exclusion sociale des familles à travers une protection sociale intégrée en vue de favoriser leur accès aux transferts sociaux et de renforcer, entre autres, leurs capacités éducatives, productives et techniques ».

A ce niveau, il convient de noter l'articulation réelle qui existe entre la DGPSSN, l'Agence de la CMU, et la DGAS dans:

- le cadre de l'enrôlement des indigents dans les mutuelles,
- le paiement effectif des subventions ciblées,
- le paiement de l'avantage finance de la carte d'égalité des chances et la prise en charge de l'avantage santé.

La DGPSSN et la DGAS, en rapport avec les collectivités locales et les autorités territoriales, assurent l'identification des indigents et groupes vulnérables dans le but de leur éligibilité aux bénéfices financiers.

L'Agence de la Couverture Maladie Universelle assure le paiement des frais d'adhésion et les cotisations des bénéficiaires ainsi identifiés en vue de leur enrôlement dans les mutuelles de santé.

L'identification des personnes handicapées se fait à travers le système d'information et de gestion de la DGAS qui délivre la carte d'égalité des chances, permettant à la DGPSSN d'assurer l'avantage finance aux bénéficiaires de cartes d'égalité des chances sans revenu depuis fin 2014.

8.1.2. LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE PROTECTION SOCIALE

Afin d'évaluer la mise en œuvre de la politique de protection sociale, l'évaluation à mi-parcours a retenu de recueillir des données à partir de cinq régions que sont Kolda, Tambacounda, Matam, Kaffrine Diourbel, où tous les acteurs ont été rencontrés ; il s'agit :

- des services de l'Action sociale,
- des Collectivités locales,
- de l'Administration territoriale.

8.1.2.1. LES SERVICES DE L'ACTION SOCIALE

Les principaux acteurs de la mise en œuvre de la Politique de Protection sociale sont les Services de l'Action sociale (Direction régionales et services départementaux d'Action sociale).

Les services de l'Action sociale ont été réintégrés dans le MSAS conformément aux recommandations des assises de l'action sociale. Cet ancrage a induit une réorientation du PNDS visant à prendre en compte le volet Action sociale dans l'évolution du secteur.

De quatre objectifs sectoriels, le PNDS est ainsi passé à cinq, incluant l'amélioration des conditions de vie des groupes vulnérables.

Dans le cadre de la Protection sociale, les services de l'Action sociale visent les groupes vulnérables que sont les handicapés, les personnes âgées, les veuves, les indigents, les talibés, les orphelins et les enfants en situation difficile.

- **Les Bourses de sécurité sociale (BSF)**

Les Bourses de Sécurité Familiale représentent un volet prioritaire de la politique de protection sociale de l'Etat sous l'égide de la Délégation générale à la Protection sociale consistant à accorder une bourse de sécurité de de cent mille (100 000) francs par an en

tranches trimestrielles de 25 000 FCFA. Pour la plupart des localités, elle en est à sa quatrième génération en cours de ciblage qui s'effectue par des comités dans les villages et les quartiers. Le Maire de la localité crée par arrêté et préside à cet effet, un Comité communal. Pour chaque Commune et pour chaque génération, il y'a un quota déterminé à partir du Registre National Unifié (RNU). Ce programme en est à sa quatrième génération

Ces BSF permettent aussi l'enrôlement des bénéficiaires dans les mutuelles et les services de l'Action sociale en assurent un suivi et une maîtrise la base de données.

Au plan national, au moment de cette évaluation, deux cent mille (200) familles seraient bénéficiaires des BSF.

1. La Carte d'égalité des chances

Pour la Carte d'égalité des chances visant les handicapés, seul l'avantage finance est effectif. Le bénéfice santé est en cours de concrétisation avec l'agence de la CMU.

2. L'assistance aux groupes vulnérables

L'assistance aux groupes vulnérables s'effectue souvent par des dons de denrées (exemple de riz), mais selon les responsables locaux de l'Action sociale, il faudrait définir de nouveaux moyens d'actions pour une meilleure prise en charge de l'autonomisation des groupes vulnérables qui font face aussi à des problèmes de santé. A cet effet, il faut regretter que les groupes vulnérables ne soient pris en charge que dans seulement cinq hôpitaux (EPS3). Dans certaines localités comme Tambacounda, il y'a cependant des progrès dans l'accessibilité aux services de santé grâce au Fonds d'Equité de la Banque Mondiale, ce qui touche un millier de personnes indigentes et de talibés.

3. Le financement d'activités génératrices de revenus

La Protection sociale vise l'autonomisation des groupes vulnérables à travers le financement de projets d'activités génératrices de revenus. Ainsi dans le cadrage budgétaire, l'Action sociale prend en compte certaines cibles, à travers le financement d'Activités génératrices de revenus, avec un compte régional géré par le Gouverneur qui effectue les décaissements à partir des procès-verbaux validés par la DGAS. Ce financement assorti d'un encadrement permanent s'effectue à travers les grands programmes:

- Le Programme d'Appui à la Promotion des Aînés (PAPA)
- Le Programme national de réadaptation à base communautaire des personnes handicapées (PNRBCPH)
- Le Programme d'autonomisation des personnes affectées par la lèpre et familles

- Le Programme Enfance déshéritée
- Le Programme de prise en charge médicale des indigents et groupes vulnérables

4. L'enrôlement des bénéficiaires dans les mutuelles

La particularité de la politique de protection réside dans l'enrôlement dans les mutuelles de santé, des bénéficiaires de bourses de sécurité familiale, des bénéficiaires des cartes d'égalité de chances et des talibés.

Le mécanisme fonctionne à travers une subvention de l'Etat, dans le cadre de la politique de la CMU, pour une prise en intégrale de leur accessibilité aux soins de santé. Ainsi, l'Agence de la Couverture Maladie universelle verse une subvention ciblée de Neuf mille (9 000) F par an et par bénéficiaire décomposée comme suit :

- 2 000 pour le ticket modérateur,
- 3500 F pour la prise en charge du paquet de base (au niveau des Postes et centres de santé)
- 3500 F pour la prise en charge du paquet complémentaire (au niveau des Hôpitaux)
- En plus de ces éléments, il s'ajoute pour les adhérents, le versement unique de :
- 1 000 F pour l'adhésion à la mutuelle
- 500 F pour les photos.

Des lenteurs subsistent encore dans le processus d'enrôlement des bénéficiaires dans les mutuelles de santé.

Recommandations

1. Renforcer l'intégration Santé/Action sociale dans le PNDS :
2. Renforcer le plateau technique de l'Action sociale en terme d'infrastructures, d'équipements, de logistique et de ressources humaines.. .
3. Accroître les ressources financières des services d'Action sociale à travers des budgets conséquents.

8.2. LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)

En 2008, le Ministère en charge de la Santé a initié une importante réflexion sur la couverture maladie. Cette réflexion s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) qui sert de socle de mise en œuvre du PSE. Les systèmes de protection sociale constituant un facteur de cohésion sociale fondés sur la solidarité, utilisent les techniques d'assurance avec trois types de fonctions :

- une fonction d'assurance par la mutualisation des risques qu'ils opèrent entre les personnes protégées ;
- une fonction de report du fait qu'ils assurent des transferts entre les générations ;
- une fonction de redistribution axée sur l'atténuation de la pauvreté à partir du moment où la contribution n'est pas calculée en fonction de l'appartenance à une classe de risque mais en fonction des capacités contributives de chacun. »

La stratégie nationale de couverture du risque maladie a pour objectif une couverture de 50 % de la population d'ici à 2015 tel que proposé par le Document de Stratégie Nationale de Protection Sociale »

- Au Sénégal seuls 20,13 % de la population bénéficient d'une protection médicale en 2008
- Agents de l'Etat : 7,35 %
- Personnes âgées et plan SESAME : 4,87 %,
- Les mutuelles de santé : 3,79%,
- Les Salariés du secteur privé : 3,60%,
- Les étudiants : 0,30%,
- Souscripteurs à une assurance santé privée : 0,22 %

La stratégie nationale de couverture du risque maladie de 2008 a pour objectif une couverture de 50 % de la population d'ici à 2015 tel que proposé par le Document de Stratégie Nationale de Protection Sociale ». Elle repose sur :

- l'amélioration des mécanismes de gratuités en proposant: le fonds de garantie de la santé définissant ses missions, ses modalités de gestion, son mode de financement, sa gouvernance, l'exécution des initiatives de gratuité et la prise en charge des indigents.
- la stratégie de développement des mutuelles de santé à travers le projet Décentralisation et Extension de la couverture du Risque Maladie (DECAM), qui met l'accent sur le renforcement des capacités d'implantation des mutuelles, le renforcement des capacités des acteurs de la mutualité, le plan de communication, le développement du partenariat des acteurs de la mutualité et le renforcement de l'appui de l'Etat.
- la Réforme de l'assurance maladie obligatoire notamment les IPM : ce travail a abouti en 2012 à la prise du décret 2012-832 du 7 août 2012 portant réforme des IPM, et instituant l'UCAMO qui est la structure faîtière des IPM.
- la mise en place des régimes spéciaux.

En 2012, cette stratégie a été révisée pour tenir compte de la volonté politique affichée par les plus hautes autorités de l'Etat d'étendre la Couverture Maladie Universelle. Ainsi, le Plan stratégique de développement de la CMU 2013-2017 a été élaboré afin d'étendre la couverture maladie de base à 75% des populations du secteur informel et du monde rural à travers les mutuelles de santé à l'horizon 2017. Pour atteindre cet objectif général, le Plan stratégique 2013-2017 poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- mettre en place un environnement juridique et institutionnel
- renforcer les capacités techniques des acteurs de développement
- étendre progressivement la couverture maladie universelle à travers la mise en œuvre du projet décentralisation de la couverture assurance maladie (DECAM) au niveau de chaque région;
- renforcer l'interface entre les mutuelles de santé et les filets sociaux

Ce plan est structuré autour des axes suivants :

- le développement de la Couverture maladie universelle de base à travers les mutuelles de santé ;
- la réforme des Institutions de Prévoyance Maladie ;
- le renforcement des politiques de gratuité
- la mise en œuvre de la nouvelle initiative de gratuité des soins pour les enfants de 0-5 ans ;

La stratégie générale du DECAM mise en œuvre s'appuie sur les piliers ci-après :

- **le partenariat** entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat ;
- **Le Paquet minimum de services** composé d'un paquet de base et d'un paquet complémentaire.
- **l'organisation des mutuelles de santé** à trois niveaux: au niveau local, au niveau régional, et au sein de l'union régionale.
- **les mécanismes de financement par le financement public** et la contribution des ménages.

Pour mettre en œuvre cette stratégie, le cadre institutionnel a été renforcé avec la mise en place de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle (Décret 2015-21 du 07 Janvier 2015).

Les produits essentiels de cette stratégie peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

Les paquets de bénéfices

1. Avec les mutuelles de santé

Le développement et la promotion des mutuelles de santé à base communautaire constituent une des priorités pour assurer la protection d'une frange importante de la population retrouvée en particulier dans le secteur informel et le monde rural.

La cotisation est fixée à 7.000 F par personne et par an, subventionnée à hauteur de 50% pour les personnes qui ont la capacité de cotiser, soit une contribution de 3.500 F par personne et par an. La subvention est de 100% pour les personnes démunies.

Les mutuelles de santé couvrent pour les populations adhérentes et leur famille, des bénéfices variant selon le niveau de la structure et avec des taux de prise en charge allant jusqu'à 80%. cf annexe sur les taux de prise en charge

2. les initiatives de gratuité

a. Prise en charge gratuite des enfants de moins de 5 ans dans les structures publiques de santé

Le paquet de services offert dans le cadre de cette initiative, selon la pyramide sanitaire, est le suivant :

- les tickets de consultation, les médicaments génériques, les tickets de vaccination et le séjour en cas d'hospitalisation, dans les postes et centres de santé
- les tickets de consultation en urgence et les tickets de consultation pour les cas référés, dans les hôpitaux.

b. Prise en charge gratuite de la césarienne

La gratuité des césariennes couvre les examens biologiques, une visite pré-anesthésique, les médicaments y afférents et l'hospitalisation pour une durée de cinq jours. Un tarif forfaitaire de quatre-vingt-cinq mille **(85 000) F CFA** est appliqué pour le remboursement aux différentes structures de santé où se pratiquent ces césariennes.

c. Prise en charge de la dialyse

La dialyse est subventionnée dans les unités publiques. Des conventions sont en cours de finalisation avec certaines structures privées pour assurer la subvention d'une partie des coûts.

d. Plan Sésame

Le plan Sésame est en pleine relance pour améliorer le ciblage des personnes âgées de 60 ans et plus qui ne bénéficient d'aucune couverture du risque maladie.

Résultats enregistrés (cf annexe)

- *Couverture Maladie Universelle de base à travers les Mutuelles de santé :*

Concernant les mutuelles de santé, le rapport de performance de l'agence CMU 2015 fait état des résultats ci-après:

- Nombre de mutuelles de santé : 660 dont 295 en cours de finalisation du processus d'implantation et de recrutement des adhérents et bénéficiaires. La proportion d'organisation mutualiste mise en place et fonctionnelle en 2015 est de 56% pour un objectif de 50%.
- Nombre de bénéficiaires des mutuelles : 598.651
- Nombre de ménages bénéficiaires des bourses de sécurité familiale en cours d'enrôlement dans les mutuelles : 200.000
- 15% de la population du Sénégal bénéficient d'une couverture maladie à travers les mutuelles de santé.

- Couverture Maladie Universelle de base à travers les initiatives de gratuité :

Concernant les initiatives de gratuité, il convient de remarquer que leur gestion était antérieurement assurée par d'autres entités du Ministère de la Santé (DSRSE, DGS). L'avènement de l'agence a permis une rationalisation de la gestion avec un transfert progressif de toutes ces initiatives à l'agence CMU. Ce processus de transfert a occasionné une dispersion des données. Ainsi, les résultats qui suivent ne concernent que l'année 2015.

- Nombre de cas d'enfants pris en charge gratuitement : 2.016.765 cas.
- Nombre de césariennes gratuites : 17466 dans les structures publiques de santé
- Nombre de cas de 60 ans et plus prises en charge : 94.161
- Nombre de personnes bénéficiant de la gratuité de la dialyse : 550

- Montants remboursés

Selon le rapport d'exécution budgétaire et financière de la CMU pour l'année 2015 présenté à la session du conseil de surveillance à la date du 13 Janvier 2016, la situation se présente comme suit:

Subventions pour les bénéficiaires des mutuelles de santé:

Sur une dotation de 2.779.677.398 fcfa, un montant de 607.561.502 a été exécuté. Soit un taux de 21.6%.

Initiatives de gratuites 6.284.961.715 fcfa

- Enfants de moins de 5 ans : 2.976.214.520 fcfa ont été dépensés sur une dotation de 3.541.995.776 fcfa, soit un taux d'exécution de 84.3%
- Personnes âgées de 60 ans et plus (Plan Sésame) sur une dotation de 3.845.124.490 un montant de 1.277.074.230 fcfa a été exécuté soit un taux d'exécution de 33.21%
- Césarienne : Un montant de 968.745.000 fcfa a été dépensé sur une dotation de 1.156.448.566 fcfa soit un taux d'exécution de 83.77% .
- Hémodialyse: sur une dotation de 2524480000 un montant de 1.433.867.765 fcfa a été exécuté. Soit un taux de 56.8%

Contraintes

L'agence de la couverture maladie universelle a rencontré un certain nombre de contraintes comme :

- mise en place tardive du budget, sept mois après la création de l'Agence
- lenteurs administratives dans le détachement et la mise à disposition des agents de l'Etat
- Retard et non harmonisation des délais de transmission des demandes de remboursement des initiatives de gratuité
- lenteurs des procédures d'acquisition des équipements de l'agence de la CMU
- insuffisance du budget pour la prise en charge des subventions
- faibles capacités de gestion des mutuelles de santé
- faible capacité contributive de certains ménages qui ne sont pas bénéficiaires du PNBSF

Pour corriger les lenteurs notées dans les régions visitées et liées aux décaissements, l'Agence pourrait :

- Procéder aux vérifications diligentes des factures des structures de santé,
- Procéder aux règlements réguliers des demandes de remboursement des initiatives de gratuité une fois les délais harmonisés,
- Etablir les chèques directement au nom des bénéficiaires, structures de santé et mutuelles de santé, sous le contrôle du Gouverneur ou du Préfet.

Perspectives

L'Agence de la Couverture Maladie Universelle a dégagé les perspectives suivantes :

- signature d'un contrat de performance avec l'Etat du Sénégal,
- mise en place d'un système informatisé de gestion intégrée de la CMU,
- mise en place d'un système d'identification biométrique,
- élaboration d'un document de stratégie de financement de la CMU,
- professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé,
- mise en œuvre du Régime Simplifié des Petits Contribuables (mécaniciens, menuisiers, artisans, etc.) en collaboration avec le Ministère du Travail,
- réflexion sur la faisabilité de l'instauration de l'assurance obligatoire.

CMU dans les régions visitées

• Etat des lieux

Au niveau des régions visitées (avant la mise en place massive des nouvelles mutuelles par l'Agence de la Couverture Maladie universelle), la situation de la mutualité était préoccupante et certains facteurs inquiétants sont encore signalés comme :

- le faible taux de pénétration même avec l'avènement de la CMU,
- les lenteurs à :
- à installer les mutuelles là où les CIM ont déjà fait le travail de sensibilisation,
- à financer l'enrôlement des bénéficiaires des BSF et des CEC dans les mutuelles ;
- à libérer les subventions de l'Etat dans le cadre du DECAM ;
- à payer les structures de santé dans le cadre de la CMU et des gratuités ;
- la faiblesse de la sensibilisation sur les mutuelles. Des résultats des enquêtes effectuées dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours, il ressort que:
- 47% des personnes interviewées ont entendu parler de mutuelles de santé,
- 14,7% ont entendu parler de la mutuelle par la radio ;
- 52,3% n'ont jamais entendu parler de mutuelles de santé,
- 10,10 % des personnes interviewées sont membres d'une mutuelle :
- 14,10 % savent comment faire pour adhérer à une mutuelle ;
- 8,30 % ont entendu que l'Etat accorde des subventions aux mutuelles de santé.

• Les relations avec les prestataires de soins

Avec les prestataires, les mutuelles ont signé des conventions qui font quelques fois l'objet d'un suivi, notamment pour l'hôpital régional, les Centres et les Postes de santé.

Au niveau de certaines régions médicales, les Présidents des Unions départementales sont intégrés dans les équipes cadre des Districts tout comme le Président de l'URM est dans celle la Région de **Diourbel**, ce qui atteste de la très bonne coopération avec les

structures sanitaires. Partant, les conventions signées avec les structures sanitaires sont bien appliquées et il n'y a aucun problème avec les prestataires de soins de même qu'avec les Pharmaciens. Des agents des structures de santé et des pharmaciens d'ailleurs ont été formés à la mutualité

Cependant, si globalement les relations sont bonnes avec les prestataires de soins (pharmacies et structures de soins), beaucoup de problèmes subsistent comme :

- une faible implication des mutuelles par les Districts,
- la surfacturation est souvent notée
- La non prise en charge de certains médicaments pour les mutuelles de santé et aussi en médicaments IB au niveau de de l'hôpital.
- Si au niveau régional un cadre de concertation existe, il y a des insuffisances au niveau District notamment dans les paquets de soins,
- Les conventions entre les mutuelles et les structures sanitaires ne font pas l'objet d'une évaluation, en particulier avec l'Hôpital ;
- Problèmes dans les références et dans l'application des paquets y relatifs pour une meilleure prise en charge des prestations de l'URM et des mutuelles.

Recommandations des Unions régionales de mutuelles de santé

- Doter les mutuelles de gérants qui seraient pris en charge.
Assurer une bonne articulation des Mutuelles avec la CMU et améliorer les activités de la Fédération des mutuelles de santé
- Donner à la mutualité la place qui lui revient dans l'ossature du MSAS afin que les mutuelles aient la capacité de négocier avec les prestataires,
- Orienter les mutuelles dans la performance et effectuer le financement suivant les critères de performance ;
- Mettre en œuvre le Financement Basé sur les Résultats (FBR) et assurer le suivi des mutuelles en dégageant des critères de financement afin d'amener les mutuelles à être à la hauteur pour mieux négocier.
- L'Agence de la CMU devra mettre en place les services régionaux et accompagner les mutuelles qui font un travail de terrain.
- S'inspirer du modèle des UDAM dans le parachèvement de ce qui se fait actuellement.
- Renforcer la sensibilisation des populations sur les mutuelles de santé ;
- Assurer le versement régulier de la subvention en discriminant positivement les mutuelles ;
- Intégrer l'appui aux mutuelles dans les PTA et les informer de ce qui se passe dans le secteur de la santé ;
- Procéder à une évaluation de l'UDAM et du DECAM ;
- Renforcer les capacités des mutuelles ;
- Accélérer l'enrôlement de la 1^{ère} génération de BSF.
- Corriger les procédures des décaissements de l'Agence relatives aux:
sommes dues aux structures de santé dans le cadre des gratuités (notamment des 0-5 ans et du Plan SESAME) ;
cotisations complémentaires des bénéficiaires des prestations des mutuelles sociales, y compris la prise en charge des bénéficiaires des BSF et des CEC lors de leur enrôlement dans les mutuelles.

Au-delà des objectifs globaux et intermédiaires poursuivis en matière de santé, l'enjeu majeur pour le pays c'est la satisfaction de cette partie de la demande sociale qu'est globalement la protection sociale et plus spécifiquement la couverture maladie universelle.

Le taux de couverture maladie généralement faible en Afrique est de l'ordre de 18 % de la population des pays, et serait selon les analyses en vigueur, de 20 % pour le Sénégal en 2008. La politique de la couverture maladie universelle définie par le Chef de l'Etat et mise en œuvre par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale à travers l'Agence de Couverture Maladie Universelle constitue une réponse à ce faible taux de couverture. Le slogan " une collectivité locale, une mutuelle de santé au moins " est un axe fort de cette politique mise en œuvre par l'Agence de Couverture Maladie Universelle.

La contribution des Communes pour le développement des mutuelles est variable. Globalement, les Collectivités locales sont informées de leurs obligations en rapport avec les compétences qui leur sont transférées en matière de santé. Les Communes font des efforts, à la mesure de leurs moyens dans la construction et/ou la réfection de structures sanitaires, la prise en charge de personnels de santé etc. Toutefois, elles devraient davantage appuyer les mutuelles de santé notamment en mettant à leur disposition des locaux pour abriter leurs sièges et/ou en prenant en charge une partie de leur fonctionnement.

La situation des Services locaux de l'Action sociale doit faire l'objet d'une attention particulière en vue du renforcement de ces services en moyens humains, financiers et logistiques afin qu'ils puissent mieux prendre en charge leurs missions générales d'action sociale, et spécifiquement dans le cadre de la protection sociale (ciblage des bénéficiaires des BSF et des CEC, financement d'activités génératrices de revenus pour les indigents).

QUESTIONS D'EVALUATION DU PNDS RELATIVES à la CMU

- Les objectifs en matière de CMU ont-ils été pertinents avec le recul ?
- Les stratégies sont-elles adaptées ?
- Efficience des ressources (Financières et humaines) mobilisées par rapport aux prévisions ?
- Les PTF ONG CL ont-elles été impliquées dans le développement de la CMU ?
- Quel est le degré de couverture et ou de pénétration des mutuelles de santé :

- Est-ce que la mise en œuvre est conforme aux prévisions ?
- Les cibles sont-elles atteintes ?
- Quelles sont les mesures prises?
- Y'a-t-il une stratégie nationale d'extension de la CMU axée sur une solidarité nationale?
- Y ' a-t-il de nouveaux régimes mis en place en vue de l'élargissement de la CMU aux couches les plus démunies (y compris les secteurs agricole, transport, informel etc) ?
- Y'a-t-il une meilleure gestion des gratuités dans le cadre d'un regroupement de tout ce dispositif dans le cadre d'un paquet de services offerts ?
- Communication?

CHAPITRE 9 : LE DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN SANTE

9.1. ASPECTS INTITUTIONNELS

La Recherche a pendant très longtemps été ballotée de structure en structure au sein du MSAS : en effet, c'est avec l'avènement de la DRPF vers les années 80 qu'un organe a été créé au sein de cette Direction, même s'il a toujours existé des structures de recherches dans le pays, mais qui étaient rattachées à d'autres départements ministériels ou à des organismes sous régionaux voire internationaux : ORANA, UCAD, Recherche scientifique etc)

A la disparition de la DRPF, avec la DER, un conseiller technique rattaché au cabinet a été chargé de son impulsion. Puis, elle a été recrée avec l'avènement de la DERF. Durant la mise en œuvre du PDIS, il y'a eu la création d'un fonds d'impulsion de la Recherche en 2009 d'un montant de 210 millions de FCFA dont 100 millions réservés pour les régions et les autres 100 millions restant aux services centraux.

L'Etat avait aussi alloué un budget de 30 millions de FCFA à la Division Recherches qui est rattachée à la Direction de la santé avec le décret de 2004 portant organisation et fonctionnement du Ministère en charge de la santé, qui avait consacré la suppression de la DERF.

Toutefois, le ministère de la Recherche scientifique a toujours apporté un soutien à la recherche en santé. Puis, il a été mis en place le FIRST (Fonds d'impulsion pour la recherche scientifique et technique), avec un appui de 20 millions de FCFA par protocole de recherche sous la coordination du MSAS. Mais, il n'était pas rare, après sélection des projets prioritaires, qu'il n'y ait plus de ressources disponibles, car utilisé par ailleurs par le ministère de tutelle.

En 2009, l'Etat a choisi de renforcer les prérogatives de l'instance éthique initialement mise en place par arrêté ministériel avec de la loi 2009-17 du 09 mars 2009 portant Code d'éthique pour la recherche en santé, et un décret d'application organisant le fonctionnement dudit comité. Le Comité National d'Ethique devient ainsi le seul organe de gouvernance de la Recherche habilité à délivrer des clearances éthiques pour les protocoles de recherche en santé à mettre en œuvre sur le territoire national, donc la porte d'entrée de toute recherche en santé devant être mise en œuvre au Sénégal. Cela constitue un réel progrès dans la gouvernance locale de la recherche en santé.

Par la même occasion il y'a eu le développement d'un programme de formation en recherches sur les systèmes de santé avec le développement d'un outil de priorisation des thématiques de recherches avec l'appui du CRDI, de l'OOAS et du COHRED. Ces résultats ont été versés dans les orientations de la politique pour les chercheurs et les décideurs.

Par la suite il y'a eu des actions importantes avec la réactivation de la recherche avec les programmes nationaux de santé ; exemple la TB avec 3 activités de recherche opérationnelle, le VIH, le Paludisme, la SR, etc....

Avec le rattachement de la Division recherches à la DPRS, le chapitre budgétaire dédié à la coordination de la recherche en santé a été supprimé. Ce rattachement de la DR à la DPRS en 2012 qui fait suite à la réorganisation du MSAS n'a pas réglé le problème de la DR, ni dans l'allocation des ressources de l'Etat, ni des programmes : en plus, se pose un problème de communication et de visibilité et surtout de la compréhension de cette activité au sein du MSAS.

Un autre problème de taille demeure toujours le manque de coordination et la dispersion des efforts dans le domaine de la recherche en santé.

Il a été noté donc un manque de soutien de la recherche au sein même du MSAS : les programmes de santé et les projets ne prévoient pas de lignes de RO malgré la mobilisation des moyens colossaux et la nécessité de faire des recherches-, actions, dans les domaines de ces programmes. En outre, il a été noté des faiblesses au niveau des régions médicales et des districts sanitaires à cause des effectifs insuffisants, des charges de travail induites, et surtout avec la nécessité de renforcer les capacités en la matière.

9.2. BILAN DES ACTIVITES DE RECHERCHE

Deux programmes de capitalisation portant sur le développement de thèmes et la formation ont été conçus avec le financement des protocoles grâce à l'appui scientifique de l'Université de Montréal, de l'UCAD et de l'ULB et le soutien financier de la Coopération technique belge.

La reconstitution d'une base unifiée de données de la recherche depuis 2001 en exploitant les fonds documentaire du Comité d'Ethique, de l'ISED, de l'IPD, de l'IRD et des différentes plateformes de l'école doctorale ED-SEV. Au niveau national, dans le cadre du PSE, a été mise en place la plateforme PATRIE qui est un appui technique pour la recherche et les innovations pour l'émergence avec un budget prévisionnel de 5 milliards de FCFA. Le FIRST a est en train de faire sa mue en FNRI et devrait passer de 450 millions à 5 milliards de FCFA.

L'Observatoire de la recherche est en gestation avec la préparation des journées de capitalisation régionale.

L'OMS recommande que 5 % du budget des programmes soient consacrés à la recherche et 2 % du budget Etat aussi. Pour le moment, il n'en est rien. La dernière assemblée de l'OMS vient de proposer aux pays une grille d'évaluation de la performance en matière de gouvernance de la recherche en santé.

Dans les actions prises pour renforcer la coordination de la recherche, l'on peut noter un médecin et un médiateur pédagogique et ingénieur statisticien ont été affectés à la Division. Malgré tout, la Division souffre toujours d'un manque criard de personnel en quantité et en qualité.

Un comité d'éthique institutionnel a été créé à l'UCAD afin d'aider à une meilleure gestion de l'activité recherche dans l'espace universitaire surtout avec l'émergence des masters et la création de l'école doctorale. Son objectif est la validation des thèmes de recherche avec un répertoire exclusif au niveau de la pratique de la recherche universitaire en cours. Toutefois les autres plateformes de formation en sciences sociales et de la santé ne sont pas encore dotées de ce dispositif. Il est donc à consolider et à généraliser dans les régions.

Le cloisonnement des unités de recherches et la non harmonisation du statut des chercheurs constituent des contraintes de taille pour le développement de la recherche dans le secteur santé.

Un Plan stratégique de la recherche a été élaboré mais la mise en œuvre va se heurter à des contraintes de ressources humaines surtout et à l'insuffisance de capacitation des agents.

Malgré les résultats obtenus çà et là, il y'a eu un grand recul du soutien de la recherche et une grosse dispersion des efforts, et une absence totale de coordination pendant de longues années.

Le fonds d'impulsion de la Recherche octroyé en 2009 dans le cadre du PDS/PDIS de 210 millions dont 100 millions au niveau central et 110 dans les régions n'a pas été renouvelé à la fin du PDIS et le budget Etat n'a pas pris le relais.

En matière de Coopération SUD-SUD il a été noté :

- La création du réseau des chercheurs en santé dans l'espace CEDEAO avec appui de l'OOAS où il existe des financements catalytiques sur requête ; un compte est déjà ouvert à la DAGE à ce propos
- Il existe aussi deux programmes de recherche pragmatique financement CRDI pour une durée de 4 ans acquis à partir du fonds compétitif mis en

place dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. L'innovation de ce programme est de développer un partenariat entre chercheurs professionnels et chercheurs-décideurs (responsable de la politique de santé de la mère et de l'enfant (DSRSE), responsable national de la recherche (Chef DR)

- Le PPP avec le secteur privé reste faible voire inexistant ; la DR n'a pas participé à l'élaboration du PPP avec le secteur privé malgré le potentiel dans ce secteur; l'aspect 'politique sociale', n'est pas associé, ainsi que la liaison avec les recherches en nutrition.
- Il existe une coordination de la recherche au niveau de la sous-région et un appui à la mise en place des systèmes nationaux de recherches des pays de la sous-région De 2009 à 2014, 412 protocoles ont été examinés par le CNERS avec en moyenne 69 protocoles par an et 6 protocoles par session. Le CNERS se réunit en moyenne une fois par mois. 378 protocoles ont été autorisés et 34 rejetés. Sur les protocoles acceptés par le CNERS seuls 13 ont fait l'objet de financement à partir du FIRST. Les 365 ont été financés par les partenaires techniques et financiers.

Un plan stratégique 2014-2018 a été élaboré, et des indicateurs de suivi ont été identifiés avec l'appui de l'OMS mais les préalables n'ont resté à être réglés à savoir le renforcement de la DR, la mise en place d'un cadre de suivi adéquat).

9.3. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

Les priorités de recherches doivent être les suivantes :

- recherche sur les Systèmes de Santé et capitalisation ;
- sécurité sanitaire et environnementale ;
- maladies chroniques et maladies à potentiel épidémique ;
- pandémies ;
- promotion des produits et des technologies de santé (appui au diagnostic) ;
- recherche génétique ;
- recherche sur les comportements.

RECOMMANDATIONS

1. Autonomisation de la coordination de la Recherche par la création d'un centre national de la Recherche en santé rattaché au cabinet du MSAS en vue de renforcer son autonomie d'action avec dotation en moyens humains et matériels et financiers conséquents.
2. Doter la DR de ressources humaines qualifiées selon les besoins avec reversement des agents dans le statut des chercheurs
3. Doter la recherche d'un budget conséquent en fonctionnement et recherches
4. Permettre à la DR de coordonner le volet recherches des projets et programmes inscrits dans le PNDS
5. Restaurer le fonds d'impulsion à la recherche en santé
6. Assurer la coordination de la recherche en santé dans le cadre d'un partenariat avec toutes les structures
7. Renforcer le CNERS par l'octroi d'un budget et d'un personnel dédié pour une régulation optimale de la recherche en santé
8. Centre de documentation au sein du MSAS : à créer et à rattacher à la DR car duo R/Doc sont liés et à terme créer des biblio dans les régions voire dans les districts de santé.
9. Former les acteurs en bibliothéconomie avec l'appui de l'OMS

QUESTIONS D'EVALUATION DU PNDS RELATIVES A LA RECHERCHE

- Les objectifs de recherches sont-ils pertinents ? oui. Les cibles atteintes ? 378 protocoles approuvés
- Y ' a-t-il eu un renforcement de la structure chargée de la Recherche au sein du MSAS ? et du Comité d'éthique : non ; insuffisance de moyens
- Réorganisation de la recherche ? La recherche doit etre mieux organisée au sein du MSAS en mettant l'accent sur la coordination avec les programmes et les régions
- Un système national de Recherche est-il mis en place en partenariat avec UCAD et les Instituts de Recherche ? Non
- Plan stratégique élaboré et mise en œuvre ? oui

- Y'a-t-il reconduction du Fonds d'impulsion de la recherche ? non pas renouvelé
- Efficience de ressources (Financières et humaines) mobilisées par rapport aux prévisions : peu de ressources humaines et financières

CHAPITRE 10 : SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

10.1 ASPECTS INSTITUTIONNELS

Bien que le Système d'Information Sanitaire soit ancien, il n'y a pas encore de politique en la matière, à l'exception de quelques règles qui existent au plan éthique et déontologique. Ces règles sont liées en général au caractère confidentiel des données statistiques au niveau national, et au secret médical ou obligatoire à travers le RSI de l'OMS. Il n'y a pas de règlement ou de procédures clairement définies dans le cadre de la collaboration, tant avec le secteur privé de santé qu'avec les autres secteurs de développement qui ont des volets santé. Toutefois, un dispositif a toujours existé entre les directions et les services de santé par l'intermédiaire de supports qui sont des instructions de remplissage dans le manuel des statistiques souvent révisé et actualisé.

10.2. BILAN DES REALISATIONS

L'édition des rapports annuels de statistique est une donnée permanente depuis les indépendances au ministère de la santé bien qu'il y ait toujours des retards d'édition des annuaires.

La complétude des rapports a toujours été acceptable, mais l'utilisation des données à des fins de planification et de gestion, est discutable à tous les niveaux, compte tenu de la qualité et de la pertinence des données de routine collectées qui semblaient plus obéir à une formalité institutionnelle qu'à des réels besoins du système

L'avènement des programmes de santé dits verticaux a mis en exergue ce problème, car ces derniers ont tout de suite mis en place un système de collecte parallèle afin de mieux suivre leurs activités et résultats car ne se retrouvant pas dans ce système national. En plus, à partir des années 2000 jusqu'en seulement de 2013, la rétention des informations survenant plus régulièrement sur ordre des syndicats à chaque grève, a fini par discréditer ce système. Ainsi le système des enquêtes continues MICS/EDS et autres appuyés par les PTF avait pris le relais depuis plus d'une dizaine d'années, afin de disposer d'indicateurs plus fiables au niveau national : d'une périodicité quinquennale, l'EDS a été annualisé (EDS continue).

Malgré tout cela, il est toujours indispensable de disposer d'un système d'information global de routine dans le secteur, compte tenu des impératifs de déclaration issus de certaines maladies à potentiel épidémique dans le cadre de la CIM et le Règlement Sanitaire International (RSI) de l'OMS avec les maladies à déclaration obligatoire et de système de notification classique.

Ainsi, devant rendre compte de leurs activités, les programmes ont été appuyés et ont développé leurs maquettes propres et spécifiques pour leur propre besoin.

Les données des EPS ont toujours été collectées dans le cadre du SIS national mais, depuis la mise en œuvre de la réforme hospitalière, force est de constater que le rapport annuel des statistiques les inclut partiellement. Il en est de même du secteur privé à l'exception du personnel et des infrastructures. Le secteur privé non lucratif est mieux pris en compte que certaines structures publiques. Il est vrai aussi que le MSAS n'a pas vraiment développé le partenariat à ce niveau de façon systématique et continue bien que des tentatives aient été amorcées. En fait, contrairement au privé confessionnel et les ONG, c'est plutôt le secteur sanitaire privé à but lucratif qui pose problème de transmissions de données sanitaires

La DRH a toujours mené des enquêtes lourdes et coûteuses dans toutes les régions afin de disposer des données sur le personnel mais ce dispositif ni pas pérenne ni efficient, alors que, depuis une quinzaine d'années, les logiciels de gestion du personnel mis en place successivement au niveau de cette direction n'ont jamais été utilisés, ne serait-ce que pour la saisie complète du personnel.

Concernant les données, il manque une concordance des données du SNIS et celles d'une part, des programmes, d'autre part de certaines directions, ce et même ce qui traduit, dans le passé, un manque de coordination des sous-systèmes que tente de résoudre la plateforme DHIS2.

Au niveau des régions, des districts et des postes de santé, la surcharge de travail à est plus que pénible puisque les responsables dans les structures reçoivent en même temps toutes ces demandes de supports spécifiques à remplir en provenance du niveau central. Compte tenu de leur faible effectif, le travail attendu à leur niveau reste inefficace.

Le SIS a toujours été rattaché à la direction en charge de la planification (DRPF, DERF, DPRS) ou au Cabinet du Ministre en tant que service, mais aujourd'hui, il est nécessaire de revoir l'ancrage institutionnel du SNIS :

- certains acteurs suggèrent de le rattacher à la DGS, compte tenu du développement des programmes de santé et de l'avènement de cette Direction générale ;
- pour d'autres, en tenant compte du fait que la planification et le SIG sont intrinsèquement liés, le SNIS comme actuellement pourrait être toujours rattaché à la DPRS.

Le système de monitoring semestriel se poursuit dans les districts de santé avec la participation et le partage avec les populations.

Des appuis ont toujours été apportés au SIS (CILSS, BM, HMN, OMS...) et un plan stratégique a été développé par le SIS pour la période 2012-2016 en vue de son renforcement. Bien que des actions importantes aient été réalisées dans ce cadre le plan stratégique la mise en œuvre est en cours, il n'est ni suivi ni évalué.

Actuellement, la Division n'a pas les compétences nécessaires compte tenu du manque de motivation ; le personnel y affecté n'est pas en adéquation avec la demande car il s'agit d'une pléthore d'agents sans qualification qui sont affectés par la DRH et qui constituent plus des obstacles que des apports; en plus la Division ne dispose pas assez de locaux.

Le centre de documentation prévu est en cours de réalisation, mais son ancrage institutionnel n'est pas encore défini.

La numérisation de la cartographie n'est pas encore effective, malgré les initiatives précédentes (non concluantes) dont celles du Centre de Suivi Ecologique (CSE) et de INTRAHEALTH (qui intervenait dans le cadre du paludisme).

Le DHIS 2 est une plateforme nationale de partage des données à tous les niveaux, en temps réel et avec une visibilité et une interconnexion de tous les sous-systèmes. Cette plateforme pilotée par la DSIS est installée depuis 2013, a commencé à être fonctionnelle à partir de 2015 dans la région de Dakar et se poursuivra par phases dans les autres régions avec le concours du CSE, de la DGTC et de l'ADIE. Avec la plateforme les directions ne feront que valider les données à distance et ne feront plus de collecte active à travers les revues dans les régions

En ce qui concerne les EPS, le paramétrage est réalisé mais ce n'est pas encore le cas pour le secteur privé de santé.

La télémédecine et l'e-santé, à travers l'utilisation des téléphones portables et les SMS, pourraient être intégrés ultérieurement à ce dispositif.

En dehors de certaines enquêtes de santé (EDS continues), il y'a une pleine bonne collaboration avec l'ANSD.

Au niveau communautaire le SIS n'est pas non plus pris en charge dans le SIS, mais avec l'avènement de la santé communautaire et du dispositif de suivi évaluation en cours de mise en place, il sera nécessaire d'intégrer les logiciels des sous-systèmes:

- de la Cellule de santé communautaire,
- de la DIEM,
- du SEDA
- de la DSRSE
- et éventuellement les autres logiciels de gestion (des MEG, des programmes de santé et des maladies sous surveillance) etc.

Perception des acteurs sur le terrain

Plusieurs problèmes dans la gestion du SIS :

- des discordances dans les périodes de recueil des données
- les outils de collecte des données sont nombreux et variés
- non prise en charge du système d'information sanitaire hospitalier,
- Problèmes avec la génération de certains rapports (traitement et extraction)
- multiples revues et programmes qui alourdissent le SIS. Par ailleurs, il existe une multitude de sources d'information (Palu, SR, PNT, PEV, etc ...)
- Les données des EPS et des Privés sont difficiles à obtenir (ils ne sont pas paramétrés dans le DHIS2)
- Alléger le contenu : Il y'a trop d'indicateurs.
- Les programmes ne s'insèrent pas encore dans le DHIS2
- Beaucoup de problèmes dans la gestion du SIS, dus principalement à l'insuffisance de formation et d'implication des Médecins
- Des éléments de satisfaction sont cependant notés :
 - Bonne disponibilité des outils de gestion
 - Satisfaction totale avec l'arrivée du DHIS2 qui est très apprécié. Il permet de gagner en promptitude, en complétude et en archivage

RECOMMANDATIONS

1. élaborer un manuel des procédures du DHIS 2 ;
2. élaborer un plan d'action d'intégration progressive des sous-systèmes d'information y compris au niveau communautaire ;
3. mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation du DHIS 2.

QUESTIONS D'EVALUATION DU PNDS RELATIVES AU SNIS

- Quels sont les Mécanismes de suivi, d'évaluation et de suivi des décisions mis en place et sont-ils opérationnels ?
Inexistants : Dispositif à élaborer-Pertinence des indicateurs et progrès réalisés
- La politique d'information et le cadre juridique sont-ils élaborés ? Pas encore de politique ni de cadre juridique

- Faible partenariat avec l' ANSD

CHAPITRE 11 : PROMOTION ET INSTITUTIONNALISATION DU GENRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

QUESTIONS D'EVALUATION DU PNDS RELATIVES GENRE

- Y'a-t-il eu atténuation des inégalités liées au genre avec la prise en considération dans les activités menées ? Le genre est bien pris en compte dans le PNDS car la femme constitue la cible principale
- Appropriations par rapport au genre ? : institutionnalisation du genre au sein du MSAS avec la mise en place de la cellule Genre avec 114 points focaux depuis 2013.
- Accès équitable aux services et aux infrastructures pour les hommes et les femmes ? effectif

L'approche genre consiste à identifier et analyser les inégalités hommes/femmes et à prendre des mesures concrètes pour les corriger. Il s'agit d'une prise en compte des considérations de genre à l'intérieur de l'institution, notamment dans l'organisation, la programmation et dans la culture même

Pour le PSE, « L'intégration du genre dans les politiques publiques est adoptée comme stratégie pour lutter contre toute forme d'inégalité et assurer à tous une participation équitable au processus de développement. La prise en compte des questions de genre représente, de ce fait, un enjeu transversal pour l'ensemble des programmes de développement national. »

Le GENRE est un concept sociologique qui permet de comprendre les rapports sociaux entre hommes-femmes dans la société. Deux principes guident le genre :

- L'ÉGALITÉ qui signifie que les hommes et les femmes ont les mêmes droits, les mêmes devoirs.
- L'ÉQUITÉ qui se réfère aux conditions d'application des principes d'égalité et d'adoption de mesures visant à réparer les injustices.

L'Enquête Sénégalaise sur la Fécondité (ESF) de 1978 et l'Enquête démographique et de Santé réalisée en 1986 ont posé avec acuité la problématique de la santé de la reproduction des adolescentes et jeunes et ont permis d'intégrer, dans les stratégies de la Déclaration de Politique de Population (DPP) adoptée en avril 1988, les problèmes de santé de la reproduction spécifiques aux adolescent(e)s et leur prise en charge : les rapports sexuels hors mariage, les grossesses précoces et/ou non désirées et l'exposition aux infections sexuellement transmises. Ce n'est que vers les années 1990 que les premiers programmes de santé de la reproduction destinés aux adolescent(e)s et jeunes furent mis en place.

Les programmes EVF (qui sont les plus anciens) ont été introduits pour la première fois au niveau de certaines écoles élémentaires en octobre 1993 (1ère génération) et d'autres écoles en 1995 (2nd génération). En 2001, une nouvelle génération d'écoles a connu le programme EVF : (i) Promotion de l'EVF dans la jeunesse extra-scolaire ; (ii) « intégration de l'EVF dans le programme scout » ; (iii) éducation à la vie familiale et éducation en matière de population à l'école ; (iv) introduction de l'EVF dans l'Enseignement moyen et secondaire ; (v) centres conseils pour adolescents et enfin (vi) intégration des services de santé de la reproduction en milieu scolaire.

C'est à partir de 1997 que le Gouvernement du Sénégal a élaboré un Programme national en santé de la reproduction (1997-2001) en tenant compte des recommandations de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) (Caire, 1994) et la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes (QCMF) (Beijing, 1995). La CIPD avait reflété un nouveau consensus mondial sur la relation entre la Politique en matière de Population et les Droits en santé sexuelle et de la reproduction.

L'élément central des politiques de population est d'assurer des soins de santé de la reproduction d'ensemble incluant la planification familiale, la grossesse et l'accouchement sans danger, la lutte contre les IST, le VIH/Sida et l'élimination des pratiques préjudiciables à la santé de la reproduction.

Malgré une morbidité et une mortalité élevées au niveau de la population, la fréquentation des structures de santé publique demeure faible. Une des conséquences majeures de la pauvreté, d'après plus de la moitié des chefs de ménages interrogés au cours de l'enquête ESAM, est relative à l'incapacité de travailler pendant la maladie et de payer les dépenses médicales des membres de la famille qui sont malades. On observe une chute de la demande en soins des groupes à faibles revenus qui vont se rabattre sur la médecine traditionnelle ou l'automédication avec usage des médicaments dits de la « rue ».

Les capacités des populations sont insuffisantes par rapport aux coûts des soins de santé. C'est à partir de ce moment que l'importance du paiement solidaire des soins prend tout

son intérêt avec la probabilité de la survenue d'une maladie qui varie d'un individu à l'autre avec les facteurs endogènes et exogènes.

Depuis quelques années le Sénégal s'est inscrit dans l'optique de la protection sociale, des populations notamment les couches vulnérables, (femmes-enfants-Personnes Handicapées etc.) qui demeure l'un des axes stratégiques de la politique économique et sociale du pays. C'est ainsi que le Sénégal compte s'appuyer sur l'Initiative pour un Socle de Protection Sociale qui vise à garantir un meilleur accès aux services essentiels et aux transferts sociaux pour les plus pauvres et les plus vulnérables. Celle-ci s'articule autour de la Stratégie nationale de Protection sociale, qui aspire à promouvoir la protection des droits des personnes vivant avec un handicap, la parité entre les femmes et les hommes pour les postes électifs, l'équité et l'égalité de genre et la solidarité avec les groupes vulnérables, Le Gouvernement a aussi institutionnalisé un cadre de synergie des actions menées, notamment au titre des bourses de sécurité familiale, de la couverture maladie universelle (CMU), des Instituts de Prévoyance Maladie (IPM) et d'autres mécanismes de transfert conditionnel en relation avec le secteur privé (assurances, mutuelles, etc.).

L'Etat du Sénégal est conscient que le développement durable, et plus spécifiquement la réduction de la pauvreté ne peut se réaliser dans un contexte de persistance d'inégalités entre les femmes et les hommes, notamment en tirant les leçons majeures de la mise en œuvre de ce cadre d'intervention en faveur de la promotion d'un développement équitable tenant compte de la femme. Il a pris l'option d'intégrer les questions de genre dans les priorités de développement. C'est ainsi qu'en 2005, le Sénégal a élaboré la Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité de Genre (SNEEG:2005-2015) dans le cadre de l'évaluation du 2^{ème} Plan d'Action National pour la Femme (PANAF).

Cette politique repose sur le « double souci de disposer :

- (i) d'un cadre de référence qui clarifie la vision du pays en matière de genre et l'engagement des différentes composantes de la société y compris les autorités politiques à réaliser cette vision et

- (ii) d'un instrument opérationnel qui permet de rendre visibles les questions de genre dans la société, et de proposer des mesures appropriées pour lever les contraintes à l'égalité entre les hommes et les femmes et d'obtenir les changements souhaités en matière de genre ».

La SNEEG a été Elaborée dans le sillage du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté de deuxième génération (DRSP II). Au terme de la mise en œuvre du DSRP II, dans un contexte national et international fortement marqué par de nouveaux défis, il a été élaboré la Stratégie nationale de développement économique et social (SNDES) qui repose sur des leviers plus hardis et innovants fondés sur des objectifs de croissance

économique, de développement du capital humain et de la promotion de la gouvernance, de la paix et de la sécurité.

Cette option de croissance économique et de développement humain durable a été renforcée par le Plan Sénégal Emergent (PSE: horizon 2035) qui vise l'émergence économique et sociale du Sénégal dans la solidarité à l'horizon 2035 à travers une stratégie multisectorielle. L'efficacité de ces orientations stratégiques est intimement liée à l'instauration d'un environnement social, politique et économique garant de l'équité et de l'égalité de droits de tous les citoyens, femmes et hommes, en tant que capital humain destiné à élever le Sénégal au rang de pays émergent.

La révision en cours de la SNEEG (2016-2026), au terme d'une période d'exécution de 10 ans (2005-2015), est donc une opportunité pour tenir compte de cette dynamique et soutenir sur les plans stratégique, institutionnel et opérationnel, la création des conditions idoines pour l'effectivité de l'intégration du genre dans les programmes et projets de développement comme stipulé dans le cadre stratégique du PSE.

Dès lors, cette logique de cohérence et d'alignement de la politique transversale du genre aux grandes priorités de l'agenda d'émergence économique et sociale du Sénégal sera de nature à définir les actions prioritaires nécessaires pour assurer une prise en compte effective des besoins pratiques et stratégiques des femmes dans les programmes et projets de développement et à garantir de fait le financement de l'équité et de l'égalité des sexes par le budget national et les instruments de la coopération technique et financière.

Avec l'avènement de la SNEEG, des cellules ont été mises en place en lieu et place des points focaux qui ont montré leur limite. Au total quarante (40) cellules genre furent mises en place au sein des départements ministériels dont neuf (9) sont fonctionnelles. Celle du MSAS a été mise en place en 2013 par arrêté ministériel. Dans le cadre du processus d'institutionnalisation du genre un audit participatif genre a été réalisé et qui a permis d'évaluer le niveau d'intégration du genre au niveau organisationnel et programmatique. Auparavant, le MSAS a ainsi nommé 114 points focaux respectivement dans, les 14 régions, les 76 districts sanitaires et 24 au niveau central qui intègrent les directions, services, projets et programmes.

Malgré les efforts fournis pour l'amélioration de l'accès à tous et à toutes, il existe toujours des barrières socioculturelles et des inégalités qui empêchent l'accès des pauvres et des personnes vulnérables aux services de santé. Il y a des risques que l'atteinte des objectifs du PNDS 2009-2018 soit compromise, si cette situation persiste. Les stratégies d'intervention seront tournées vers la réalisation du bien-être des familles sénégalaises par l'amélioration de la qualité de l'offre de services. Cette orientation majeure passe par un système de santé accessible à tous et à toutes, avec des collectivités locales et des agents de santé responsables et qui rendent compte, des populations organisées qui

participent et contrôlent l'action publique et des partenaires techniques et financiers qui s'alignent aux priorités nationales.

Parmi les onze orientations stratégiques du PNDS, deux concourent à l'atténuation des inégalités de genre. Il s'agit de l'amélioration de la promotion de la santé et du renforcement de la couverture du risque maladie avec un accent sur les groupes vulnérables. Les activités qui contribuent à la promotion de la santé sont, entre autres : (i) la lutte contre les inégalités en matière de santé ; (ii) l'acquisition de comportements favorables à la santé et enfin (iii) la mise en œuvre de toute initiative d'accès aux soins des pauvres et couches vulnérables.

En fait, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal a développé des Programmes et des projets facilitant l'accès aux soins de santé surtout pour les groupes vulnérables et en particulier les femmes. Il s'agit notamment de :

- La gratuité des accouchements et césariennes ;
- La gratuité des soins aux personnes âgées (carte Sésame);
- L'accès gratuit aux antirétroviraux (ARV) ;
- La gratuité des médicaments antituberculeux ;
- La subvention abaissant les coûts des traitements : antipaludéens ; insuline , anticancéreux, dialyse rénale etc;
- Le traitement gratuit du paludisme grave chez les enfants et les femmes enceintes et le prix subventionné des moustiquaires imprégnées ;
- La subvention pour la prise en charge des indigents ;
- Une politique de développement des mutuelles de santé ;
- La dernière mesure prise par l'Etat est la gratuité des soins chez les enfants de 0 à 5 ans dans le cadre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et d'atteinte des OMD 4 et 5.

Certains défis sont identifiés :

- accélérer le rythme de l'institutionnalisation du genre pour permettre la mise en place d'un dispositif de suivi-évaluation fonctionnel au sein du ministère.
- intensifier le plaidoyer auprès des décideurs et des PTF en vue de concrétiser leurs engagements institutionnels, techniques et financiers pour la mise en œuvre du Plan d'Institutionnalisation du Genre (PIG).

Le Genre comme les handicaps est souvent identifié et intégré dans les projets et programmes de santé. Il est aussi pris en compte au niveau de la présentation des statistiques sanitaires du MSAS car le sexe et l'âge sont mis en relief.

Au niveau des organes de gouvernance aussi, les textes sont bien clairs à ce sujet : la présence des femmes ou des groupements des femmes est toujours mentionnée comme une nécessité. Toutefois, il existe une sous-représentation par exemple au niveau des conseils d'administration des EPS et des dirigeants des comités de santé. Les programmes prioritaires du MSAS privilégient toujours les femmes et les filles dans le cadre de la santé de la reproduction comme priorité du PNDS depuis le PDIS en 1998.

Le personnel de santé se féminise de plus en plus au fil des années. Beaucoup d'efforts sont faits au sein du MSAS pour l'accès des femmes aux structures de soins.

L'adolescence est une étape cruciale marquée par des transformations physiques, émotionnelles et comportementales qui concourent à la vulnérabilité de cette cible. Ainsi il est aisé de comprendre que les problèmes de santé des adolescent(e)s et des jeunes constituent de nos jours une préoccupation majeure pour les autorités de la santé. L'accès à cette information sur la SR est difficile chez les filles des régions périphériques qui, au-delà de la dissimulation de leur grossesse aux autres membres de leur communauté, ont tendance à se réfugier au village et à abandonner l'école.

Dans certaines localités, les filles sont victimes de mariage précoce. Les adolescent(e)s et jeunes sont confrontés à d'énormes difficultés que sont le manque d'informations sur la SRAJ, notamment la puberté, les règles, les risques liés à la sexualité précoce. Les filles sont exposées aux viols, aux IST et au VIH/Sida. C'est dans un environnement où les femmes sont victimes de toutes sortes d'inégalités sociales que leur accès aux services de santé est de plus en plus difficile. L'actuel PNDS n'a pas bien pris en compte la santé des adolescents filles et garçons alors que les besoins idoines sont grands.

TITRE 3

GOUVERNANCE ET FINANCEMENT

CHAPITRE 12 : ORGANISATION ET PLANIFICATION

Le Sénégal a adopté l'approche sectorielle communément appelée SWAPS en l'expérimentant dans le secteur de la santé, depuis 1998, à la suite d'un long processus inclusif et participatif de tous les acteurs et bénéficiaires. Il faut aussi souligner le fait que l'Etat venait d'adopter la phase importante de la Décentralisation et de la Régionalisation en 1996 en s'inspirant du reste des acquis dont disposait déjà le secteur de la santé. Par la suite, l'approche SWAPS a été élargie au niveau de l'Education et de la Justice avant que le gouvernement ne fasse la mise à l'échelle à tous les secteurs.

Depuis 20 années exactement, le PNDS est mis en œuvre au Sénégal avec le même type de participation de tous les acteurs, les mêmes instances de gouvernance et les mêmes outils, même s'il y'a eu au passage certaines améliorations intervenues en cours d'exécution dont notamment la conception et la mise en œuvre d'un cadre de suivi et d'évaluation et l'amélioration du dispositif de gestion du PNDS.

Dans l'ensemble, les partenaires rencontrés durant l'EMP adhèrent au PNDS et à toutes ces instances et outils de mise en œuvre. Ils ont apprécié l'engagement du gouvernement en faveur du secteur avec ses importantes réformes mises en œuvre. La qualité du contenu du plan a aussi été magnifiée, ainsi que le mode de participation.

« La formulation du PNDS est bien faite, les objectifs pertinents et bien réfléchis et les résultats faisables eu égard aux importantes potentialités du pays » ont affirmé quelques partenaires PTF et ONG.

La gouvernance et la redevabilité se sont nettement améliorées avec l'adoption de nouveaux instruments tels que la carte des scores tous les 3 mois, la mise en place de plusieurs comités spécialisés dans le cadre de la plateforme de RSS, l'élaboration et la révision effective tous les 5 années de la carte sanitaire, la fonctionnalité des instances de suivi du PNDS que sont le CIS, la MCS, la RAC sans compter les nombreuses instances de concertations au niveau des régions.

12.1 ORGANISATION ET CADRE INSTITUTIONNEL

12.1.1. ORGANISATION

12.1.1.1 LE NIVEAU CENTRAL

De l'analyse de l'organisation du système de santé, il ressort que le PNDS avait prévu la mise en place (i) d'une structure chargée de la planification, du suivi-évaluation, des études et de la recherche, (ii) d'une Direction générale de la santé (DGS) qui aurait en charge la coordination des directions techniques et des Régions Médicales, (iii) d'une Direction en charge de la santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents et (iv) d'une Direction de la lutte contre la maladie.

Les différentes directions ont été installées depuis 2012. Toutefois, l'acte réglementaire répartissant les services et les missions des directions n'est toujours pas pris. La situation actuelle ne favorise pas un cadre de travail serein et normé tant en interne qu'en externe avec les partenaires techniques et financiers. Ce qui est source de dysfonctionnement du système.

Cette situation entraîne également des rivalités entre les directions et les services, ce qui entrave la bonne marche de l'administration sanitaire. Au cours des interviews, des tensions entre les directions ont été rapportées lors des rencontres avec les partenaires techniques et financiers mais aussi avec les directions elles-mêmes et les services et régions médicales.

La DGS, au-delà de ses fonctions de coordination et contrôle technique concentre de plus en plus de projets normalement destinés, à notre avis, aux directions opérationnelles.

L'USAID, contrairement au passé, a fortement appuyé le niveau central après un audit des services en liaison avec les partenaires sous forme de financement direct en vue de renforcer les capacités notamment la DAGE dans le cadre de sa mission d'assumer l'exécution budgétaire et financière et l'Inspection afin d'assurer un meilleur contrôle à tous les niveaux du système. 6 inspecteurs ont été recrutés et bien d'autres structures (DSRSE, DPRS, PNA etc.) ont été appuyées par l'USAID.

En outre, l'audit a montré que la fonction de gestion de la DAGE est remplie normalement avec une bonne organisation. Toutefois il y a lieu de noter des insuffisances concernant la centralisation financière de l'exécution au niveau du MSAS, les projets et programmes dispersés dans le MSAS ne rendent pas compte et il n'y a pas un système de coordination et de suivi pouvant permettre de canaliser toutes les données. Le manuel des procédures de gestion administrative et financière et des ressources humaines élaboré par la DAGE et qui est une actualisation du manuel du PDIS est cependant pour certains directeurs non partagé.

Le MSAS, à l'image de toutes les administrations publiques, procède par appel d'offres pour les acquisitions. Une cellule de passation des marchés est ainsi créée depuis 2008 et rattachée au SG/MSAS. Elle élabore les PPM en liaison avec les administrations et notamment la DIEM qui, depuis 2010, fait ses AO et gère directement les marchés de génie civil et des équipements contrairement au passé.

Le logiciel SYGMAP est utilisé par les administrations et a été mis à la disposition par l'ARMP mais le volet suivi du PPM n'a été introduit qu'en 2016.

En fait le suivi du PPM se pose réellement bien qu'il y'ait une consolidation au niveau du MSAS ; ce manque de suivi justifie en grande partie le fait qu'il y'ait des retards dans l'élaboration des dossiers d'appels d'offres ce qui entraîne aussi des retards d'exécution et des ponctions opérées par le MEF au deuxième semestre de l'année.

Des problèmes d'archivage sont réels à la CPM compte tenu de l'exigüité des locaux, du manque de personnel et du manque de considération réelle et de son importance au sein du MSAS. Cette situation est aggravée par le manque de suivi global des projets du MSAS : Les instances créées ne sont pas fonctionnelles et les projets sont dispersés et sans coordination.

Le MEF à travers la DI et la DCEF dispose d'un fichier consolidé de projets ; mais, il a été montré qu'environ 20 % des financements dans cette base ne sont pas répertoriés compte tenu du fait qu'en général, certaines subventions comme celles des NU ne sont pas recensées par le MEF.

A partir de l'année 2005 certains grands partenaires tels que l'UE, la Banque Mondiale ont adopté l'appui budgétaire non ciblé pour le secteur santé alors qu'auparavant les appuis étaient sous forme de projets.

L'USAID finançait directement les régions et excluait pratiquement le niveau central à l'exception de quelques programmes de santé. Dans le cadre du PNDS 2009-2018 l'USAID avec un appui direct a financé plus de 500 millions de FCFA en appui au niveau central (DAGE, Inspection, PNA, DPRS, DSRSE, etc.)

Depuis 2013 la BM a fait un « come-back » au niveau central avec le financement des CPOM et la mise en œuvre du projet santé et nutrition avec sa composante RBF après une dizaine d'année d'appui budgétaire non ciblé.

L'acte réglementaire répartissant les services et les attributions des nouvelles directions doit être pris sans délais.

12.1.1.2 LE NIVEAU REGIONAL

La Région médicale représente le niveau intermédiaire chargé de l'appui technique et managérial. Elle assure la mise en œuvre des politiques et stratégies au niveau des districts. Elle devait être renforcée au plan institutionnel par la mise en place d'une équipe d'experts pluridisciplinaire composée de : (i) statisticien, (ii) planificateur, (iii) épidémiologiste, (iv) inspecteur de la pharmacie et (v) spécialiste de la communication.

Dans les régions médicales visitées par la mission d'évaluation, les profils listés ci-dessus n'ont pas été recrutés.

Le niveau régional doit intégrer l'Action sociale et la révision de l'organisation du district pour tenir compte du contexte de départementalisation du territoire. Plusieurs réunions et ateliers idoines ont été tenus à ce propos mais l'intégration n'est pas encore opérationnelle.

Le fonctionnement des EPS devra aussi être revu dans sa composition et ses organes de gestion et de suivi, compte tenu de l'Acte III qui supprime la région.

L'érection d'une « Direction régionale de la santé » forte avec une réelle intégration de l'hôpital et de l'action sociale est une nécessité absolue avec toutes les fonctions qui lui sont dévolues dans un contexte de déconcentration des services. Il en sera de même du service départemental de la santé et de l'action sociale qui devra être créé en conséquence, d'où une revue importante du système de santé à la base, compte tenu de la départementalisation administrative du pays et des nouvelles fonctions qui lui sont attribuées.

12.1.1.3. LE NIVEAU DISTRICT

Le PNDS avait également prévu le renforcement des districts sanitaires en ressources humaines compétentes à l'image de la région médicale.

Les mesures de renforcement des districts sanitaires en ressources humaines et en compétences techniques ne sont pas effectives.

Le renforcement de la région et des structures centrales du MSAS demeure ainsi tributaire de cette situation car les directions et les services créent eux-mêmes les organes du moment. Si cette situation perdure, des conséquences fâcheuses risquent d'être enregistrées à tous les niveaux.

Le niveau d'exécution des mesures de renforcement du système de santé est faible ; en effet l'évaluation des huit (08) mesures inscrites au tableau du PNDS montre que quatre (04) n'ont pas été réalisées et deux (02) sont en cours de réalisation.

Nous avons également relevé que malgré un calendrier relatif aux perspectives de mobilisation des ressources financières, la mise en œuvre des activités n'a pas été déclinée sur la durée du PNDS 2009-2018 (cadre logique).

12.1.2. CADRE INSTITUTIONNEL

La réorganisation du MSAS, décidée depuis 2012, tarde à se matérialiser avec l'adoption d'un décret et qui est dans le circuit des visas depuis quatre (4) années. Le seul cadre légal d'organisation reste le décret de 2004. Ainsi, le renforcement institutionnel tant souhaité est bloqué et l'informel se poursuit au détriment de la bonne marche du système. Cette réorganisation, avec l'adoption d'arrêtés, est rendu encore plus nécessaire à cause des changements intervenus entre 2009 et 2015 tels que :

- le rattachement de l'action sociale à la santé,
- la création de l'ACMU,
- le Plan Sénégal Emergeant,
- les difficultés liées à la mise en œuvre de la réforme hospitalière,
- l'Acte 3 de la décentralisation qui met en exergue le département et la suppression de la Région,
- les nouvelles créations de la DPRS et de la DGS dont les fonctions et les relations avec les autres directions et services ne sont pas matérialisées.

Il s'y ajoute de nouvelles initiatives qu'il faudrait prendre en compte dès à présent.

RECOMMANDATIONS :

Les principales recommandations du Consultant relatives au cadre de mise en œuvre du PNDS au plan institutionnel sont les suivantes :

Cadre institutionnel : le Gouvernement doit prendre, sans délais, l'acte réglementaire répartissant les services et les attributions des nouvelles directions du ministère de la santé et de l'action sociale.

Cadre organisationnel :

La mise en œuvre des projets et programmes doit revenir aux directions opérationnelles ; afin de permettre à la Direction générale de la santé d'exercer pleinement sa mission de coordination et de contrôle technique.

Enfin, la mesure de création de la DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE et de son renforcement et de celui des districts sanitaires en ressources humaines et en compétences techniques doivent être effectives avant la clôture du PNDS.

Mécanismes de coordination et de suivi des activités: Les recommandations issues des revues annuelles conjointes doivent faire l'objet d'un plan de mise en œuvre détaillé indiquant les tâches à mener, les délais de réalisation, les ressources à mobiliser, l'identification des acteurs responsables etc. Le plan de mise en œuvre doit être disponible et partagé avec tous les acteurs, au plus tard, quinze (15) jours après la tenue de la rencontre.

12.1.3. ANALYSE DU SYSTEME DE PLANIFICATION

Le système de planification adopté depuis 2005 est le suivant : PNDS – CDSMT- PTA. En 2014, le CDSMT a été remplacé par le DPPD. Le PNDS est bien articulé avec le SNDES et les OMD ainsi qu'avec les différentes stratégies adoptées par le Gouvernement.

Tous les centres de responsabilité élaborent leur PTA chaque année à l'exception de quelques EPS, car rappelons le, depuis la mise en œuvre de la réforme hospitalière, les EPS étaient de moins en moins intégrés au système de planification.

Le cycle de planification dure du 15 janvier au 31 juillet, avec la note de service du démarrage du processus de planification jusqu' au projet de budget en passant par le bilan des PTA, l'intégration des POCL et les synthèses au niveau régional et central (en annexe le processus d'élaboration des PTA). Il en est de même en ce qui concerne les étapes du processus de préparation du budget relatif à la Loi de Finances.

Il a été noté des difficultés de coordination des calendriers de préparation du budget de l'Etat et celui de la préparation des PTA. En 2016 ce problème a été résolu avec une harmonisation des calendriers.

En annexe, le calendrier de préparation du budget et le processus de planification

12.1.3.1 LES ORGANES ET LES OUTILS DU PNDS

1. Le PTA

Le PTA est un outil pratique et opérationnel de mise en œuvre du CDSMT par les centres de responsabilité. Sa mise en ligne constitue une nouveauté (e- PTA). Le système du e-PTA est encore à améliorer bien que des efforts importants aient été déployés en 2015 quant à l'articulation entre les activités et les indicateurs, ce qui constituait un sérieux problème jusqu'à maintenant.

La participation de tous les PTF lors de l'élaboration des PTA n'est pas toujours effective **en particulier dans les régions**. Cette non présence de certains **PTF lors des PTA des régions**, explique en partie la mise en œuvre d'activités hors PTA.

Les fiches de budget annuel des PTF ne sont pas élaborées et mises à disposition des régions lors des sessions de planification. Aussi, certains PTA ne reflètent pas toujours l'intégralité des financements acquis.

Certaines régions élaborent des PTA qui n'incluent pas les POCL. En outre, les EPS ont pendant longtemps été exclus de ce système et ce n'est que récemment que leurs PTA commencent à être intégrés dans ce processus de planification.

Il faut souligner aussi le fait que chaque région élabore son PTA suite à celle des districts sanitaires. Ce PTA est d'abord présenté et validé au niveau régional avant la saisine du niveau central : les mêmes instances de gouvernance au niveau central existent au niveau régional et sont fonctionnelles sur l'étendue du territoire. **« Le PTA, outil d'opérationnalisation du CDSMT est pertinent mais il y'a des activités du PTA qui sont réalisées d'autres pas .Il y'a aussi d'autres activités qui sont réalisées alors qu'absentes dans le PTA »** ont dit plusieurs responsables au niveau régional.

D'après l'audit financé par l'USAID, 75 % des PTA seulement sont acceptables du point de vue qualité et complétude.

Les PTF prennent en charge un volume très important des activités dans le PTA. La coordination a permis de renforcer le cadre de concertation des acteurs et d'harmoniser les interventions. Un arrêté du Gouverneur a créé ce cadre.

L'Action sociale vient d'intégrer le Ministère mais, depuis la réorganisation du MSAS, des difficultés persistent, liées à la formation des agents, mais aussi à des problèmes de disponibilité de financement et à l'intégration de leurs activités.

2. Le CDSMT santé/DPPD et la gestion axée sur les résultats

Des efforts de paramétrage entre PTA, CDSMT et PNDS ont été effectués. Depuis 2013, l'approche CDSMT a été décentralisée au niveau des régions de Thiès, Kaffrine, Kolda de CDSMT (appui ABT/USAID), mais le processus a été abandonné depuis 2014, compte tenu de l'option d'abandonner les CDSMT au profit du DPPD.

Le CDSMT, adopté en même temps que l'appui budgétaire depuis 2005 comme un programme triennal, devait être l'interface entre le PNDS et le PTA. Le CDSMT est élaboré pour 3 ans, mais il est glissant. Il n'a pas fait l'objet d'une évaluation. En plus, il y'a eu des problèmes d'articulation avec le PNDS et des faiblesses dans le plan triennal glissant. En outre, le CDSMT n'est pas un instrument légal; aucun texte ne le régit. Il existe un comité de coordination du CDSMT composé du Secrétaire General du MSAS, du DPRS et des 4 chefs de programmes.

Le DPPD a fait l'objet d'une loi organique. En fait, les directives de l'UEMOA ont adopté et institué le DPPD en 2014 comme directive communautaire.

La Gestion Axée sur les Résultats (GAR) est une des préoccupations majeures du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. La promotion de la GAR fait partie des onze

(11) orientations stratégiques du PNDS. LA GAR est matérialisée par le CDSMT à travers les Budgets programmes.

Le Cadre de Dépenses Sectoriel à Moyen Terme (CDSMT) repose sur une planification triennale glissante et permet d'identifier les besoins de financement. Il permet de mieux allouer les ressources pour atteindre les objectifs fixés et constitue une étape importante dans le processus de mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats. Il permet aussi une meilleure adéquation des allocations budgétaires aux priorités nationales et une prévisibilité des financements. Il représente un outil d'opérationnalisation du PNDS, et était mis en œuvre à travers le Plan de Travail Annuel (PTA). Le CDSMT s'inscrit dans la mise en œuvre des dispositions du cadre harmonisé des finances publiques prévues dans les directives de l'Union Economique Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) d'alors. En 2014, le CDSMT a muté vers un Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), suite à une réforme des finances publiques initiée par l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), en 2009. Cette réforme des finances publiques de l'UEMOA et de ses Etats membres instaure de nouvelles règles de gestion des ressources publiques avec plus de rigueur et de transparence. Le DPPD permet apprécier les résultats attendus de chaque programme en fonction des objectifs poursuivis.

L'analyse des CDSMT élaboré régulièrement depuis 2008, fait ressortir une régularité dans son élaboration et une bonne fonctionnalité de ses programmes au nombre de quatre (programme santé de la mère et de l'enfant, programme lutte contre la maladie, programme renforcement du système de santé, programme gouvernance sanitaire.) un cinquième programme a été défini pour une meilleure prise en compte de la composante sociale qu'est l'appui aux groupes vulnérables.

12.1.3.2 LE SUIVI DU PNDS

1. Les activités de suivi du PNDS

Les activités de suivi portent essentiellement sur la tenue de la revue annuelle conjointe (RAC), la réunion trimestrielle du comité de suivi interne (CIS) et la mission conjointe de supervision (MCS) semestrielle. Au niveau régional et district des réunions de coordination sont régulièrement tenues.

Jusqu'en 2013, les CIS étaient tenus trimestriellement ; depuis lors, les réunions du CIS sont tenues semestriellement. Egalement à l'exception de l'année 2013, les MCS sont organisées régulièrement.

Parallèlement, on note un bon fonctionnement des organes de coordination et du suivi du PNDS qui permettent de faire la promotion de la GAR. En 2013 par exemple trois (3) réunions du Comité interne de suivi ont été tenues sur 4 prévues ; Quinze (15) Réunions Annuelles Conjointes (RAC) ont été tenues dont 14 régionales ; la mission conjointe de supervision avec les partenaires techniques a été effectuée ; La participation aux comités de pilotage des programmes (Projet BAD, Projet Luxembourg développement, USAID, GAVI/RSS) a été effective.

Les revues annuelles conjointes sont tenues annuellement. L'analyse des comptes rendus des RAC de 2012, 2014 et 2015 nous a permis de constater que les principales recommandations issues des rencontres sont souvent synthétiques. Toutefois, nous n'avons pas pu disposer d'un plan de mise en œuvre détaillé de ces recommandations indiquant les tâches à mener, les délais de réalisation, les ressources à mobiliser, l'identification des acteurs responsables et le mécanisme de suivi.

Le suivi des projets se fait par contre au niveau de chaque entité responsable avec les moyens de bord ; mais en général, même les directions de tutelle ne suivent pas la mise en œuvre des projets de manière systématique et méthodique car n'étant pas en général formés au suivi des projets et ne disposant pas des outils nécessaires. La DPRS ne les assiste pas non plus. Mais il faut noter aussi une sourde concurrence car les responsabilités ne sont pas clairement mises en relief pour les uns et les autres.

Le MSAS ne dispose pas d'une base de données des projets centralisée, ni à la DPRS ni au Cabinet ; chaque direction et service gère son ou ses projets sans un réel suivi et un compte rendu. Pour certains projets, l'exécution s'arrête au MSAS ; mais le MEFP ne dispose pas des éléments et n'est pas impliqué dans ce processus de gestion comme le sont les projets en général sur emprunt, alors qu'il s'agit toujours de la Loi de finances. La DAGE qui est censée être le gardien de l'orthodoxie financière et qui doit être au fait au moins des financements reçus et exécutés, n'est pas mise au courant et ne reçoit pas les rapports d'exécution financière des projets et des programmes régulièrement, à l'exception de certains PTF dont les projets sont gérés financièrement par elle, conformément à la philosophie de l'approche programme et du three ones « un seul panier »

Au niveau du MEF, se tient avec les PTF et les ministères, une revue des projets une fois par année ; le DPRS y participe.

Les évaluations à mi-parcours et finales des projets et programmes et du PNDS sont de rigueur

Nous n'avons pas observé un dispositif de suivi des projets. Mais, un plan de passation des marchés consolidé annuel est élaboré avec la CPM et des fiches de suivi des infrastructures existent à la DIEM.

Le ministre de la santé a instauré une réunion annuelle sur la mise en œuvre des projets et programme, mais cet organe n'est pas encore fonctionnel.

Au niveau central, la DAGE paraît être la mieux dotée en personnel qualifié pour gérer les ressources des PTF compte tenu de leurs expériences dans le cadre du PNDS depuis les années 96. Les autres directions dont les ressources sont gérées par la DAGE éprouvent moins de difficultés que celles qui exécutent techniquement et financièrement leurs projets. Il est vrai que des recrutements sont souvent faits mais se pose la question de la pérennisation et du transfert des connaissances de gestion et d'administration des projets et des programmes au terme du projet : le personnel est aussitôt remercié.

Les partenaires ont des procédures diverses. Bon nombre d'entre eux ne sont pas alignés comme le stipule la Déclaration de Paris. Ainsi, on peut citer :

- Les appuis budgétaires ciblés et non ciblés comme ce fut, durant la période 2005-2013, le cas de la Banque Mondiale, l'UE et la France
- Les unités de projet avec la BAD, la BID la Belgique, l'Allemagne, etc
- L'exécution nationale avec le Luxembourg
- Le financement direct récemment avec l'USAID
- Le financement par l'intermédiaire des agences spécialisées avec l'USAID depuis plus d'une quinzaine d'années
- Le SNU à travers des appuis programme pays.
- Il est noté que la plupart des projets et programmes sont centralisés dans les directions même si les principaux bénéficiaires sont les régions. A ce niveau il est toujours constaté de grandes faiblesses en gestion financière et en organisation avec en plus le peu de ressources humaines qualifiées disponibles.

Les EPS disposent de compétence et d'organisation compte tenu des organes mis en place dans le cadre de la réforme hospitalière et de l'expérience de gestion depuis les années 2000. Aussi les projets sont bien exécutés en général.

En ce qui concerne les Collectivités locales, plusieurs problèmes sont notés dans le cadre de la décentralisation du BCI- Etat qui leur est affecté : aussi, le rapport d'évaluation élaboré à ce propos a révélé une grande lenteur dans la mise en œuvre des projets et une politisation à outrance de ces investissements.

Pour les FDD, nombreux sont les conflits avec les services déconcentrés de l'Etat à cause des mauvais achats et des ponctions sur les allocations budgétaires. En outre, l'apport

propre des Collectivités locales est très faible pour le renforcement du système de santé de leur localité, bien que la compétence santé leur soit transférée.

Les comités de santé en général pratiquent une gestion peu orthodoxe dans le sens où ils ne disposent pas des outils nécessaires et en plus le niveau de formation et d'encadrement restent faibles. S'y ajoutent d'autres problèmes récurrents de gouvernance et de compte rendu à la communauté.

Les instruments de suivi du PNDS

Les instruments de suivi du PNDS sont :

- Le CDSMT puis le DPPD depuis 2014
- Les PTA
- Le PPM
- Les Rapports d'exécution financière de la DAGE tous les 3 mois avec possibilité de réaménagement budgétaire possible
- Les Rapports annuels d'activités des centres de responsabilité
- Le Monitoring au niveau des districts sanitaires tous les 6 mois
- La Carte des scores du programme SMNI
- La Plateforme RSS et ses comités
- SNIS et les systèmes de suivi des projets et des programmes de santé au niveau des directions et des services
- Les Réunions des PTF/MSAS et des réunions techniques spécifiques
- Les Missions de supervision et de suivi des PTF
- Revue périodique des programmes/projets entre les PTF et le Gouvernement
- Les Rapports de suivi des OMD
- Les rapports de performance des CDSMT/DPPD
- Les Réunions de coordination au niveau central, régional, et district
- Les Supervisions trimestrielles et mensuelles par niveau

Dans le cadre du PNDS, il a été mis en place un plan de suivi évaluation. Ce plan a fait l'objet de révisions périodiques avec la réduction du nombre d'indicateurs de suivi.

PERCEPTION DES ACTEURS DES REGIONS SUR LE PNDS

Durant les visites de terrain, les enquêteurs ont recueilli la perception des acteurs des régions comme suit :

- « l'élaboration des POCL est problématique. Ceci est dû à la faible implication des Collectivités locales à Matam. »
- « il y'a un suivi régulier des PTA avec les PTF. Nous sommes satisfaits pour la coordination, le suivi/évaluation, les réunions hebdomadaires où toutes les informations sont partagées »
- « nous avons un bon taux d'exécution des PTA surtout avec le financement direct (USAID)
- « il y'a un fort taux d'exécution d'activités non planifiées, au détriment d'activités planifiées. En plus, il y a une insuffisance d'informations sur les sources de financement des activités »
- • « Il y'a un faible taux d'exécution des PTA, du principalement à une insuffisance d'informations sur les sources de financement des

activités. C'est comme si l'on revenait aux P.O. On met beaucoup d'activités, et on n'est pas sûr de leur financement »

- « nous sommes pessimistes sur l'évolution du PNDS, avec la lente progression des indicateurs ; ceci est dû aux RH qui sont insuffisantes, aux PTA non exécutés, etc...
- Beaucoup d'activités ne sont pas exécutées dans les PTA (trop grande influence du niveau central, insuffisance des ressources,)
- bon cadre de suivi
- « il y'a un suivi régulier des PTA avec les PTT »
- « Le grand problème est le chevauchement d'activités entre le niveau central et le niveau opérationnel »
- « il y'a une bonne compréhension des relations PNDS-CDSMT-PTA-PO Cl »
- « Le CDSMT est faiblement partagé au niveau régional. On ne sent pas le CDSMT comme document de référence. Il y'a une meilleure appropriation du DPPD, qui est mieux vulgarisé »
- « le point fort des PTA, c'est qu'ils sont élaborés chaque année. Le problème, c'est qu'au moment de leur élaboration, il n'y a pas de vision claire des apports de chaque PTF, ce qui oblige les ECR/ECD à un pilotage en fonction des domaines d'intervention de chaque PTF
- « Les PTA ne sont pas toujours exécutés (absence de maîtrise des financements, télescopages avec le niveau central +++). Ceci fait que chaque année, il y'a beaucoup de réchauffé »
- « les activités hors PTA plombent le déroulement des activités planifiées »
- « difficulté dans le suivi trimestriel des PTA : le suivi financier pose problème, par déficit de formation des gestionnaires qui sont pour la plupart, des Agents d'Hygiène »
- « Il n'y a jamais eu de vulgarisation des plans stratégiques du niveau central. Il faut sortir des structures de santé, aller vers ces populations, et vulgariser tous ces documents »
- « Pour l'instant, il s'agit d'un simple exercice .Les PTA ne sont pas pertinents à ce jour. Ils ne sont pas exécutés. Les financements sont assujettis au financement des PTF »
- « absence de coordination, au niveau central, des interventions des programmes et Divisions, d'où des télescopages fréquents sur le terrain, perturbation des RM et des Districts car il existe trop de missions du niveau central »
- « existence des PTA, même si on semble revenir aux P.O (on planifie en fonction des objectifs, et non en fonction des moyens »

- « existence de cadres formalisés de suivi/évaluation, au niveau national et au niveau régional »
- Le C.I.S, bien que très important, est inconstant. Le cadre, qui existe sur le papier, n'est pas fonctionnel. L'agenda ne prend toujours en compte les performances des Régions
- Il y'a trop de revues (PNT ; PEV, SR ; etc.. ; Les MCD/ECD sont en perpétuel mouvement. Ces revues, même si elles sont importantes, déstabilisent le niveau opérationnel
- revoir l'organisation du système de santé avec la nécessaire séparation des fonctions de Médecin Chef de District, et de Médecin Chef de CS
- « absence de coordination, au niveau central, des interventions des programmes et Divisions »
- « des télescopages fréquents sur le terrain, perturbation des RM et des Districts avec un trop de missions « alimentaires »
- « absence d'évaluation régulière des performances des responsables des Centres de responsabilité (MCR, MCD, Directeurs EPS, etc...) »
- « non implication du niveau central dans le suivi des performances du niveau régional, ce qui aurait permis de réajuster les revues »
- « Ce ne sont pas des outils de planification, mais de budgétisation, même si le budget fait partie de la planification »
- « Dans les PTA, on ne met pas les activités qu'il nous faut, mais les activités dont le financement est disponible »
- « Le PTA : liste d'activités à mener par le niveau central qui dispose de ses ressources. Ne règle pas les problèmes de la base »
- « les mécanismes de coordination au niveau régional et au niveau central (RAC, CIS, etc.), sont très appréciées à cause du partage ».

RECOMMANDATIONS :

Organiser des CIS au niveau régional, où pendant une semaine, tous les programmes, les PTF, les ECR/ECD seraient invités. Ceci pourrait éviter les multiples revues qui perturbent.

Situation des Mesures pour la mise en œuvre du PNDS

Le niveau de mise en œuvre de la matrice de mesures pour le renforcement du système de santé dans le cadre du PNDS est analysé ci-après/

Mesures	Niveau d'exécution
Réactualiser les normes en personnel, infrastructures et équipements	Réalisé
Elaborer un plan de développement des ressources humaines 2009-2013	Réalisé et validé mais peu vulgarisé et peu partagé avec l'environnement et non mis en œuvre
Mettre en place un plan de renouvellement des équipements	Non réalisé
Assurer la gestion informatisée des équipements	Non réalisé
Mettre en œuvre une politique de maintenance	Réalisé
Assurer la gestion informatisée du personnel	En cours de réalisation
Définir une politique d'intégration du secteur privé dans la mise en œuvre des programmes de santé	Non réalisé mais le processus a commencé
Elaborer un plan de suivi-évaluation du PNDS 2009-2018	Réalisé

CHAPITRE 13 : GESTION FINANCIERE

13.1 FINANCEMENT ET MOBILISATION DES RESSOURCES

Dans le secteur de la santé, plusieurs outils permettent d'évaluer ou de mesurer la mobilisation efficace et efficience des ressources. Au Sénégal, ces outils sont les rapports de performance annuels, les comptes nationaux de la santé, les revues de dépenses publiques de santé, le plan d'investissement sectoriel et les appuis des PTF dans le cadre de projets et programmes, les rapports financiers trimestriels de la DAGE etc.

Le rapport annuel de performance du CDSMT est régulièrement élaboré depuis 2009 et fourni des informations tant sur la capacité de mobilisation des ressources des programmes prioritaires que sur les résultats atteints par l'utilisation de ces ressources et donc l'efficacité. Le rapport de performance du CDSMT/DPPD, évalue donc chaque année la façon dont les ressources ont été utilisées en rapport avec les performances réalisées. Rappelons que le CDSMT rentre dans le cadre de la réforme budgétaire et financière qui promeut la budgétisation axée sur les résultats qui stipule que le principe de l'élaboration du budget devrait reposer sur les besoins exprimé dans les PTA. Toutefois, le rapport de performance révèle que dans la réalisation le budget annuel n'est pas établi en prenant en compte les besoins des PTA. L'une des raisons serait les difficultés liées au respect des délais dans le cadre de financement du cycle de planification et budgétisation, il y a également le fait que la plupart des responsables des structures n'ont pas encore suffisamment compris la portée du PTA comme outil d'opérationnalisation du CDSMT devant guider l'élaboration du budget annuel, et donc la remontée des besoins nécessaires à l'élaboration du projet de budget annuel à partir des plans de travail annuel n'est pas systématique et constituant une contrainte majeure. Il évalue aussi bien les ressources publiques que des structures du ministère de la santé, les ressources des collectivités locales ainsi que ceux. L'analyse établit que Le rapport de performance ne couvre pas les structures privées de santé associées à la mission de santé publique.

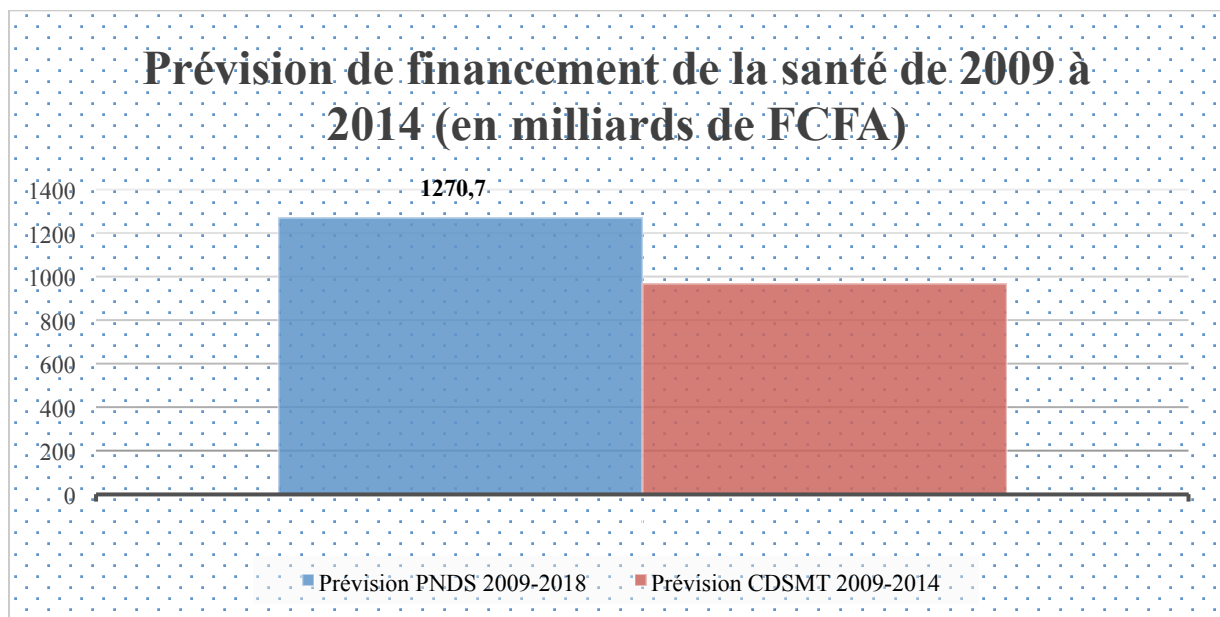
Les comptes nationaux permettent d'identifier les principales sources que ce soit publiques, privées ou autre impliquées dans le financement du secteur de la santé et qui financent la santé. Les CNS évaluent leur apport et leur destination et quantifie leur contribution dans la prise en charge des problèmes de santé. Ils permettent de mesurer les efforts consentis dans le financement de la santé. Les CNS sont pour les autorités, un outil d'aide à la décision pour une meilleure allocation des ressources dans le secteur de la santé. Un exercice de CNS a eu lieu en 2009 portant sur les dépenses de l'année 2005 et a été publié avec un compte satellite sur les CNS relatifs à la SR. Les CNS 2009 à 2012 n'ont ni été collectées ni édités. Cette étape a été tout simplement sautée compte tenu des

lenteurs et des lourdeurs de la collecte, des difficultés de mobilisation des ressources et des problèmes d'organisation. Quant aux CNS de 2013 elles seraient collectées à 100 % et celles de 2014 à 80 % et qu'il était prévu la génération des tableaux en avril mais cette activité n'a pu être menée jusqu'à présent. Les données de 2015 sont aussi en cours de collecte. Il semble donc que le MSAS veuille rattraper les années en agrégeant les données par période afin de se mettre à jour assez rapidement. Des problèmes de financement seraient à l'origine de ce retard mais aussi le mouvement de responsable vers la CMU également. Le MSAS espère boucler le processus en septembre 2016 mais il faut souligner le fait que le comité mis en place sur les CNS ne se réunit pas régulièrement et il en est de même du comité de pilotage.

Les revues des dépenses publiques sont menées régulièrement même si la cadence n'est pas annuelle mais par période de 5 années en moyenne depuis quelques années : entre les années la DAGE mène en général de lourdes enquêtes dans toutes les régions et avec l'appui de l'analyste financier toutes les données sont collationnées quelle que soit la source de financement.

Ainsi celles-ci ont été menées jusqu'en 2014. La DAGE produit aussi chaque année un rapport financier annuel sur le PNDS.

GRAPHIQUE : Comparaisons des prévisions de financement PNDS et CDSMT



L'analyse du graphique indique que, les prévisions du CDSMT de 2009 – 2014 (mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS), sont de 978, milliards de FCFA soit de 30% moins important que ceux du PNDS. Ces chiffres traduisent des ambitions plus élevées du PNDS par rapport au CDSMT.

Tableau : Evolution des prévisions de financement de la santé selon le PNDS et le CDSMT

Sources de finance	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		TOTAL	
	Prévu PNDS	Prévu CDSMT	Prévu PNDS	Prévu CDSMT	Prévu PNDS	Prévu CDSMT	Prévu PNDS	Prévu CDSMT	Prévu PNDS	Prévu CDSMT	Prévu PNDS	Prévu CDSMT	Prévu PNDS	Prévu CDSMT	Prévu PNDS	Prévu CDSMT
ETAT	104,1	88,6	114,5	118,3	126	86,6	138,5	82,2	152,4	86,8	167,6	96,8			803,1	559,3
COLLECTIVITES LOCALES	4,5	4,5	5,5	4,5	6,6	4,5	8	5,1	9,6	5,3	11,7	5,6			45,9	29,5
POPULATION	29,8	29,8	32,8	35	36,1	30	39,7	30,4	43,7	32	48,1	32,5			230,2	189,7
PARTENAIRES EXTERIEURS	34,4	14,7	31,4	40	31,4	24,3	31,4	44,7	31,4	47,7	31,4	18,7			191,4	190,1
TOTAL	172,8	137,6	184,2	197,8	200,1	145,4	217,6	162,4	237,1	171,8	258,8	153,6			1270,6	968,6

L'analyse des prévisions du PNDS par source de financement comparées à celles du CDSMT, indique des divergences relativement significatives. En effet, pendant que le PNDS prévoit une augmentation annuelle du financement par l'Etat de la santé et une stabilisation du financement des partenaires. Le CDSMT quant à lui propose une faible augmentation du budget et même une baisse en 2012. Parallèlement, les projections de la source partenaire évoluent en dent de scie. A titre illustratif, Les prévisions du financement de l'Etat pour 2014 correspondant à la cinquième année de mise en œuvre du PNDS ne sont que de 96,8 milliards de francs CFA, nettement en dessous de la valeur du PNDS de 2009 (104,1 milliards de FCFA), première année du PNDS. Cette analyse suscite des interrogations dans le sens que, les prévisions de PNDS sont-elles trop ambitieuses vu les capacités de financement du gouvernement du Sénégal?

L'analyse de l'exécution du budget pourrait apporter un peu plus d'éléments de réponse, comme il ressort du tableau ci-dessous.

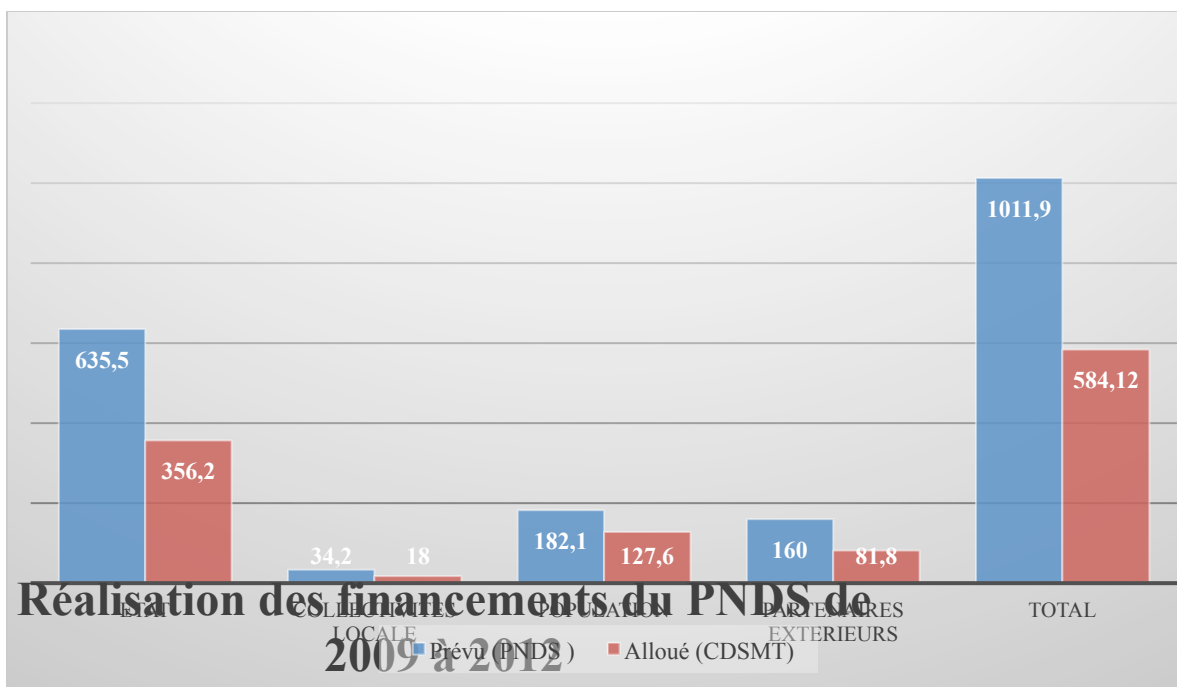
Tableau : Prévvision et exécution de financement et selon la source selon le PNDS (en milliards de FCFA)

Sources de financement	2009			2010			2011			2012			2013			2014			TOTAL		
	Prévu PNDS	Alloué	Ecart	Prévu PNDS	Alloué	Ecart	Prévu PNDS	Alloué	Ecart	Prévu PNDS	Alloué	Ecart	Prévu PNDS	Alloué	Ecart	Prévu PNDS	Alloué	Ecart	Prévu PNDS	Alloué	Ecart
ETAT	104,1	86,8	17,3	114,5	91,1	23,4	126	86,4	39,6	138,5	91,9	46,6	152,4	ND		167,6	ND		803,1	356,2	446,9
COLLECTIVITES LOCALES	4,5	4,5	0	5,5	4,5	1	6,6	4,5	2,1	8	4,5	3,5	9,6	ND		11,7	ND		45,9	18	27,9
POPULATION	29,8	29,8	0	32,8	31,2	1,6	36,1	31,2	4,9	39,7	35,4	4,3	43,7	ND		48,1	ND		230,2	127,6	102,6
PARTENAIRES EXTERIEURS	34,4	14,7	19,7	31,4	19,1	12,3	31,4	24,3	7,1	31,4	23,7	7,7	31,4	ND		31,4	ND		191,4	81,8	109,6
TOTAL	172,9	135,8	37,1	184,2	146,02	38,18	200,1	146,7	53,4	217,6	155,6	62	237,1	ND		258,8	ND		1270,7	584,12	686,58

Source PNDS, Rapport de performance de 2009 à 2015

Il est noté donc une prévision des besoins de financement encore loin de la réalité quelle que soit la source. La mobilisation est grande mais elle n'a pas pu atteindre le niveau souhaité. Le mode de présentation du budget en 2013 et 2014 dans les rapports de performance ne permet pas une analyse comparative avec les autres années.

Graphique : réalisation de financements du PNDS de 2009 à 2012



Sources : PNDS et rapport de performance

L'analyse des montants globaux de la période 2009 à 2013 indique le financement réalisé dans cette période bien qu'important reste en deca des prévisions. Pour illustration, seulement la moitié du financement attendu de la part des partenaires a pu être mobilisée. Il va de soi que de telles insuffisances ont une influence sur les activités qui devraient être menées en utilisant ces ressources.

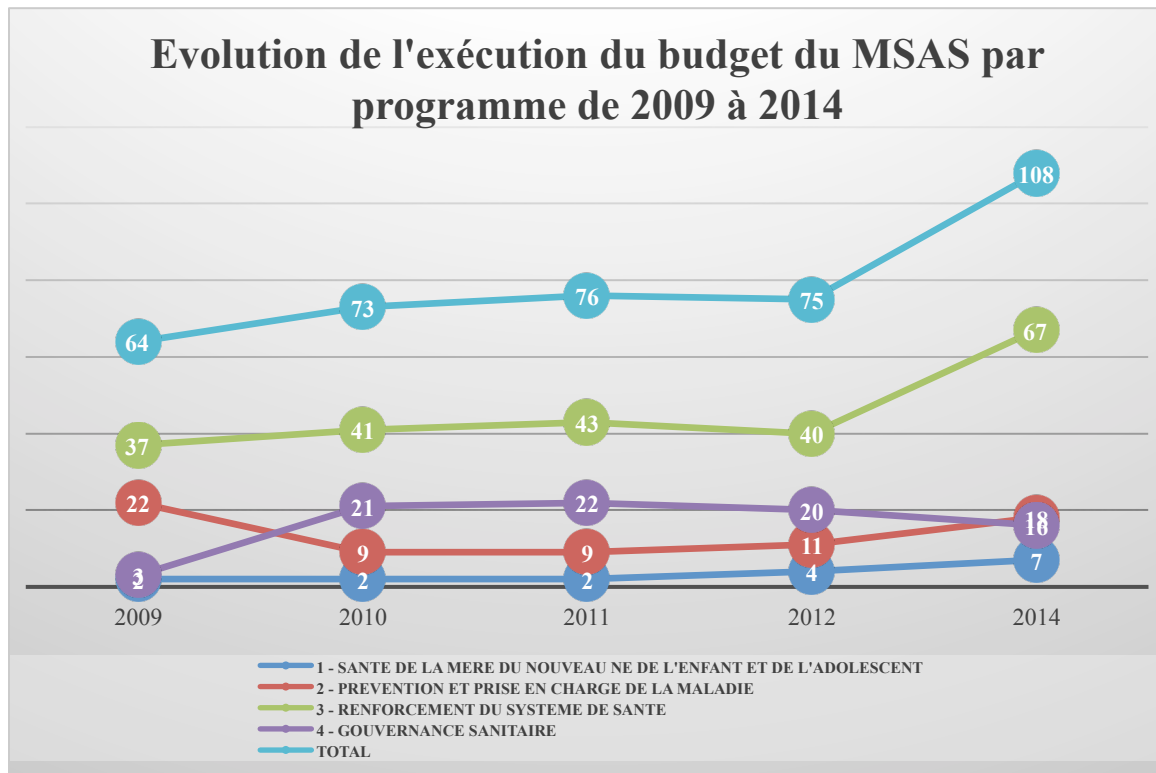
L'analyse de l'évolution de financement de la santé par source indique que les dotations budgétaires sont largement en dessous des prévisions du PNDS.

Tableau 2 : Evolution de l'exécution du budget du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (BFND) (en milliards de FCFA) selon les programmes prioritaires du CDSMT

PROGRAMMES	2009			2010			2011			2012			2013			2014			2015			Total		
	Prévu CDSMT	exécuté	Taux	Prévu CDSMT	exécuté	Taux	Prévu CDSMT	exécuté	Taux	Prévu CDSMT	exécuté	Taux	Prévu CDSMT	exécuté	Taux	Prévu CDSMT	exécuté	Taux	Prévu CDSMT	exécuté	Taux	Prévu CDSMT	exécuté	Taux
1 - SANTE DE LA MERE DU NOUVEAU NE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	10,3	2,2	21%	19,3	2,1	11%	17,4	2,2	13%	19,5	4,9	25%	22,4			22,4	7,6	34%				111,3	19	17%
2 - PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE	64,6	22,2	34%	81,9	9,3	11%	59,6	9,7	16%	59,6	11,6	19%	68,4			68,4	18,6	27%				402,5	71,4	18%
3-RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE	58,9	37,3	63%	86,4	41,2	48%	64,03	43,04	67%	77,5	40,9	53%	75,8			75,8	67,4	89%				438,43	229,84	52%
4-GOUVERNANCE SANITAIRE	4,7	3,3	70%	4,9	21,04	429%	4,3	21,5	500%	5,8	20,7	357%	5,1			5,1	16,9	331%				29,9	83,44	279%
Total général	137,7	66,1	48%	191,6	74,2	39%	145,5	77,4	53%	162,5	78,2	48%	171,9			171,9	110,5	64%				981,1	406,4	41%

Le tableau ci-dessus indique les exécutions budgétaires (mobilisation) du CDSMT en fonction des programmes prioritaires. L'analyse montre que ces mobilisations sont largement en dessous de ceux prévus dans le PNDS. Plus particulièrement, la principale priorité du PNDS ; la santé de la mère et de l'enfant est la rubrique la moins bien financée par le budget du ministère de la santé avec en moyenne sur la période 2009-2014 un taux de financement de 20 % ce qui est faible. Le RSS occupe la première classe dans le financement.

Graphique : Evolution de l'exécution budgétaire par programmes prioritaires du CDSMT de 2009 à 2014 (en milliards FCFA)



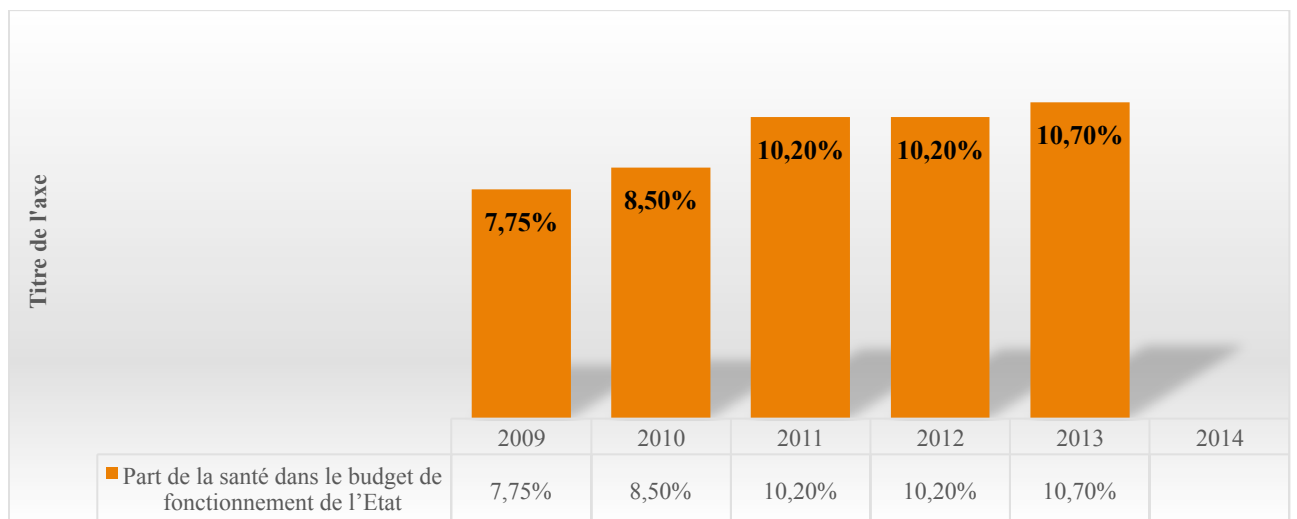
Source : CDSMT et rapport de performance année en cours

L'évolution du budget des programmes est stable de 2009 à 2013. On constate une augmentation du budget pour le programme 3, renforcement du système de santé 2014. Est-ce le produit des activités de la plateforme RSS mise en place à l'issue de la signature du COMPACT en 2013 ? De façon globale, le programme renforcement du système de santé rassemble plus de financement (milliards de F.CFA car regroupe les rubriques personnels (salaires, etc.), investissement en terme de construction, réhabilitation et équipements des structures de santé) et le fonctionnement courant des services administratifs.

Une des insuffisances du rapport de performance du CDSMT est qu'il ne fournit pas d'information sur le financement des partenaires par programme prioritaire alors que les prévisions de ces derniers figurent dans la CDSMT. Il y a également le mode de présentation du budget en 2013 ne permet pas de le comparer aux autres années. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'année 2013 a constitué une année de transition entre l'ancienne version du CDSMT et la nouvelle version qu'est le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD).

L'évolution de la part du Ministère de la Santé et de l'Action sociale est décrite dans le tableau suivant :

Graphique : Evolution de la part du budget santé dans le budget global de l'Etat ;



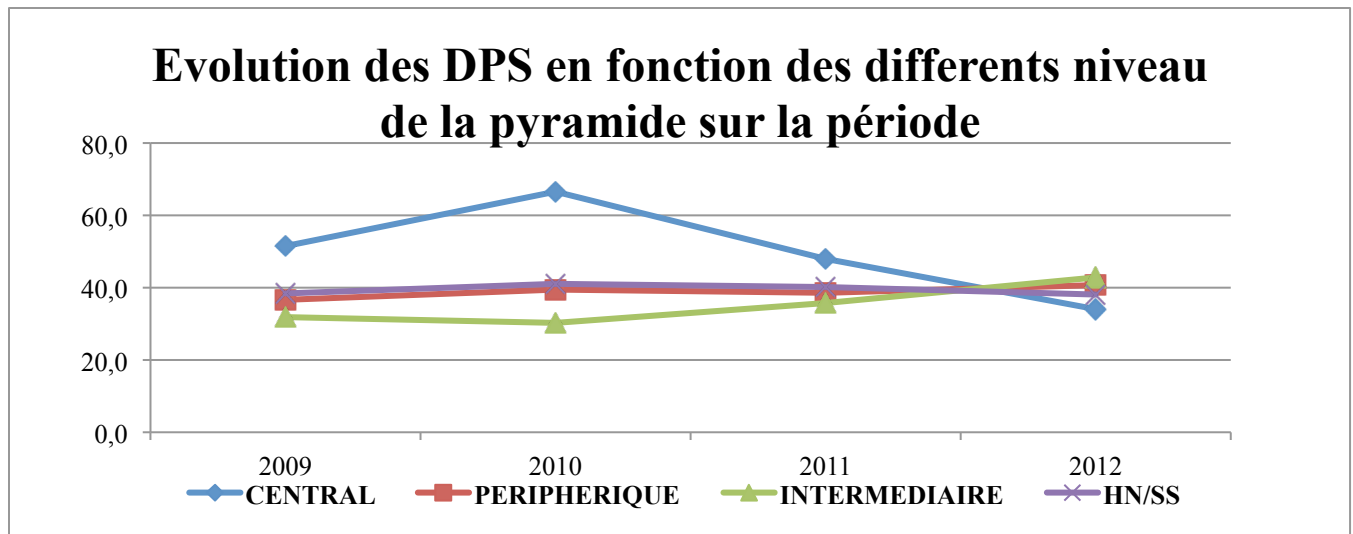
Source : rapport de performance du CDSMT santé de 2009 à 2013

* pour les années 2011, 2012 et 2013, la part des investissements n'est pas prise en compte

On constate une augmentation de la part du budget sans pour autant atteindre les 15%, recommandation issu de la rencontre des chefs d'Etat africains réunis à Abuja au Nigéria en 2001.

L'évolution des Dépenses Publiques de Santé est décrite dans le graphique ci-dessous.

Graphique : Evolution des DPS en fonction des différents niveaux de la pyramide sur la période



Source : RDPS 2009-2012

L'analyse de l'évolution des dépenses publiques par niveaux de la pyramide sanitaire sur la période 2009/2012 montre clairement les dépenses affectées au niveau central sont marquées par une baisse considérablement à partir de 2010. Les dépenses de santé du niveau intermédiaire et périphériques ont évolué positivement car elles ont connu une augmentation progressive. Cependant, elles baissent en 2012. En ce qui concerne les partenaires, ils sont de plus en plus nombreux à financer la santé au niveau régional. C'est le cas USAID avec le mécanisme de financement direct, la coopération luxembourgeoise, etc. En résumé la baisse des dépenses du niveau central au profit des dépenses des niveaux périphérique et intermédiaire montre une amélioration nette de la distribution du financement de santé auparavant axé au niveau central

Quelques insuffisances rencontrées dans l'exécution du budget sont très récurrentes. Il s'agit de :

- l'absence de clé de répartition des ressources financières (critères internes d'allocation budgétaire ;) entre les niveaux opérationnel et central et entre les programmes,
- la non prise en compte par le MEF des demandes de réaménagement suite aux modulations de crédits ;
- l'insuffisance de certaines lignes budgétaires;
- l'absence de prise en compte par le MEFP des préoccupations du MSAS dans les lois de finance dans les meilleurs délais ;

- l'absence de renforcement du cadre participatif regroupant l'ensemble des acteurs qui évoluent dans le processus de planification et d'exécution du budget (Administrateurs de crédits, COF délégué, Ordonnateur délégué, DGF, sectoriel DB, sectoriel DCEF, DGCPT).
- problèmes quant à la mise en œuvre de certaines activités du fait de la structure du budget au sein des directions et services (le budget ne se présente pas par activité mais par fonctionnement, carburant, etc ;)
- des difficultés de mobilisation des ressources financières sont liées aux lourdeurs dans les procédures de décaissement.

Recommandations

1. Valider et mettre en application les critères d'allocation des ressources qui viennent d'être définies par le groupe ISSA.
2. Faire un plaidoyer pour accroître la mobilisation des ressources en faveur de la santé
3. Réorienter les ressources publiques vers des priorités et des actions à haut impact relatives à la mère, à l'enfant aux adolescents.
4. Une réelle appropriation des outils de planification et budgétisation tant au niveau central qu'au niveau des régions.

13.2. GESTION DU BUDGET

Le budget de fonctionnement de l'Etat est globalement bien exécuté avec des taux d'exécution élevés. Mais, en ce qui concerne le budget consolidé d'investissement, il en est autrement : en effet, compte tenu des délais de passation de marchés et des lenteurs et rejets des dossiers ou des contestations, le taux d'exécution est bien en deçà de ce qui est attendu. En outre, cette situation compromet la vie des chantiers de génie civil et d'équipement dot les travaux s'étalent souvent sur plusieurs années. Ainsi, le moindre problème entraîne l'abandon des chantiers par les entrepreneurs ou des renégociations souvent préjudiciables à l'Etat.

Il en est de même des **Lois de Finances Rectificatives** qui sont en général allouées en fin d'année budgétaire et dont le processus ne permet presque plus de consommer les crédits dans les délais.

Le MEFP effectue des ponctions régulièrement sur le budget alloué, ce qui compromet la réalisation des activités. Ces ponctions atteignent souvent les 50 % dans le budget des régions et des activités essentielles pour le niveau central. Celles-ci se font le plus souvent sans avertissement préalable et il arrive très souvent que tout le processus soit

bouclé par la DAGE ou la DIEM et que le dossier soit rejeté parce que les crédits ont été ponctionnés par le MEF.

Le MSAS procède aussi toujours à des réaménagements budgétaires souvent élevés au détriment des programmes de santé : cette année, les montants réaménagés avoisinent les 500 millions de FCFA, ce qui correspond presque régulièrement et à chaque année, au montant des salaires des contractuels en nombre élevé par rapport au budget alloué : la DRH recrute sans référence budgétaire et sans coordination avec la DAGE. Depuis plus de 15 années, ce phénomène existe au sein du MSAS sans pour autant que des efforts soient déployés de part et d'autre pour revenir à l'orthodoxie budgétaire

En outre, les reports de crédits sont en général peu acceptés, excepté tout au plus 5 % en ce qui concerne le BCI.

13.2.1 PROCEDURES ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

Un manuel de procédures administratives et financières a été élaboré par la DAGE. La fonction de gestion financière est remplie suivant les normes internationales. Cependant, pour certaines directions le manuel de procédures n'a pas été partagé.

En outre, nous avons relevé des insuffisances dans la consolidation des informations financières et comptables avec la dispersion des projets et programmes dans les différentes entités du ministère de la santé et de l'action sociale et l'absence d'un système de reporting et de suivi pouvant permettre de centraliser toutes les données financières et comptables.

La gestion financière suppose aussi le renforcement des capacités des agents. A cet effet, il était prévu la mise en place d'un programme de formation et de recyclage régulier des différents acteurs impliqués dans la gestion financière. Toutefois, le plan de renforcement des compétences en gestion financière n'a pas été élaboré.

Dans le souci d'une plus grande décentralisation de la gestion financière, il était prévu d'installer au niveau des régions médicales et districts, des unités de gestion financière. A la date de nos travaux, les unités de gestion financière ne sont fonctionnelles.

13.2.1.1 IDENTIFICATION ET EVALUATION EX ANTE

L'activité d'évaluation ex-ante devait être menée en rapport avec les services demandeurs. Il s'agit surtout du développement d'outils afin de mieux formuler les projets et d'en évaluer la rentabilité ou la capacité à supporter les charges récurrentes. Cette phase d'analyse permet déjà de mieux établir le lien entre les budgets d'investissement et de fonctionnement. La prise en charge correcte de cette compétence permet également de réguler

l'intervention non maîtrisée des partenaires dans l'élaboration des projets/programmes dont parfois les objectifs peuvent s'éloigner des priorités nationales.

Le ministère de la santé et de l'action sociale n'a pas mis en place les outils de formulation et d'évaluation des projets.

La DPRS ne dispose pas assez de personnel qualifié pour mener des requêtes ou des évaluations ex ante à soumettre aux PTF via le MEFP. Il n'y a pratiquement pas une banque de projets dits bancables à ce niveau ceci afin d'accélérer la mobilisation des ressources des PTF. Il en est de même des évaluations finales des projets et programmes.

13.2.1.2 MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DES PROJETS

La direction en charge de la planification, celle en charge des finances, en rapport avec la direction de la coopération économique et financière du ministère chargé de l'économie et des finances, devaient procéder chaque année à un suivi physique et financier rapproché des projets ou programme pour améliorer leur efficacité et leurs performances. Le suivi des projets devait également s'opérer par le canal de fiche de suivi complétée par les indicateurs de résultats des projets.

Au cours de la mission d'évaluation, le Consultant n'a pas pu accéder à une documentation matérialisant le travail de suivi des projets entre les ministères chargés de la santé et des finances. En outre, les fiches de suivi des projets n'ont été mises à sa disposition.

13.2.1.3 EVALUATION EX-POST

A la fin de chaque projet, il est généralement procédé à une évaluation ex-post des projets. Toutefois, les résultats de cette évaluation ne sont pas toujours exploités pour statuer sur la stratégie de mise en œuvre et la suite à donner aux activités des projets.

**QUESTIONS D'EVALUATION DU PNDS RELATIVES A LA
PLANIFICATION A L'ORGANISATION A LA GESTION
ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE**

(Rappel des questions d'évaluation à la tête de chaque chapitre avec encadré.)

- Les cibles fixées sont-elles réalistes pour l'horizon décennal 2009-2018 du PNDS en tenant compte notamment des ressources mobilisables?
- Est ce que les activités mises en œuvre sont appropriées ?
- Quelle est la situation des indicateurs d'impact du PNDS en fin 2013 en mettant le focus sur les OMD ?
- Est ce que la mise en œuvre du PNDS est conforme a ce qui a été prévu ?
- Est ce que les groupes cibles visés sont atteints ?
- Quelle est la situation des principaux indicateurs de résultats CDSMT en fin 2013 ?
- Les organes de coordination du CDSMT ont ils été opérationnels ?
- Est ce que le CDSMT a apporté des améliorations dans le processus de planification annuelle, dans l'élaboration du budget et dans les relations MSAS/MEF ?
- Les mécanismes de suivi et d'évaluation du PNDS, ont-t-ils été opérationnels ? quid de la régularité ? de la participation de toutes parties prenantes ? de l'efficacité ? du suivi des décisions ?
- Dans quelle mesure le PNDS a permis aux femmes et aux hommes d'accéder de manière équitable aux services et infrastructures mis en place ?
-
- Système de planification basé sur PNDS-CDSMT puis DPPD- PTA intégrant le les POCL
- Réorganisation par niveau du système de santé et gestion administrative et financière : la réorganisation du MSAS reste incomplète et inachevée depuis 5 ans: DGS/DSRSE/DPRS /DGAS nouvellement créés mais pas la Direction Régionale de la Santé. Attributions pas clarifiées encore
- L'Allocation des ressources est-elle rationnelle ? pas tout à fait pour le génie civil et la formation et certains investissements. En plus pas de critères d'allocations du budget de fonctionnement. Fort taux de mobilisation des ressources financières ;

- Adéquation, coordination et appropriation des organes et des outils de planification ? pas d'appropriation par les CL. Les outils sont en adéquation notamment les PTA. Les organes de mise en œuvre sont fonctionnels et se tiennent régulièrement, notamment la tenue des RAC, des CIS et des MCS
- Est-ce que les activités mises en œuvre dans le PNDS sont appropriées ? pertinences des activités du PNDS.
- Gestion des projets et des programmes ? Suivi des projets et programmes pas satisfaisant au niveau du MSAS. Pas de base consolidation des données.
- Adéquation et pertinence des objectifs, stratégies et indicateurs du PNDS avec ceux PNS/OMD/CDSMT/SNDES ? Bonne adéquation et cohérence avec les documents de référence cités.
- Est-ce que les objectifs et les cibles du PNDS sont atteints à mi-parcours? Niveaux d'atteinte acceptable des indicateurs de santé dans le cadre de ce PNDS surtout les indicateurs de couverture et d'impact.
- Les mécanismes de suivi et d'évaluation du PNDS ont-ils été opérationnels ? Oui mais évaluation mi-parcours tardif; révision des indicateurs du PNDS
- Y ' a-t-il cohérence entre les objectifs du PNDS et le PSE ? Il y'a cohérence entre les objectifs de ces 2 documents de base
- La Multisectorialité et le Partenariat en faveur de la santé sont-ils mis en œuvre dans le cadre du PNDS ? La multisectorialité a été mise en place faiblement dans le cadre du PNDS mais le Partenariat a enregistré des succès mais avec le secteur privé de santé l'on est au tout début du processus.
- Dans quelle mesure les PTF, CL, ONG/OCB et les populations ont-ils été impliqués dans la mise œuvre et le financement du PNDS ?
- Dans quelle mesure les PTF, CL, ONG/OCB et les populations ont-ils été impliqués dans la mise œuvre et le financement du PNDS ?
-

CHAPITRE 14

LE PARTENARIAT

La nouvelle organisation du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) avec la création d'une division en charge du partenariat au niveau de la DPRS témoigne de l'intérêt accordé par les autorités à une meilleure coordination des interventions des différents acteurs du système.

14.1 PARTENARIAT AVEC LES PTF : LE COMPACT

Le *COMPACT* Santé est un pacte national, un engagement éthique et moral entre le gouvernement du Sénégal représenté par le Ministère de l'Economie et des Finances, et ses Partenaires Techniques et Financiers dans le but de renforcer le système de santé et atteindre les OMD. Il rentre dans le cadre des engagements de l'Etat du Sénégal en faveur de l'initiative IHP+ (Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées). Il a été élaboré de façon conjointe par un comité composé des services du Ministère et des partenaires au développement. Pour accompagner la mise en œuvre du *COMPACT*, un cadre programmatique de développement du secteur a été élaboré à travers le Programme d'Investissements sectoriel 2011 - 2015 qui reprend les priorités du secteur d'ici 2015 tiré du PNDS 2009- 2018 afin d'accélérer l'atteinte des OMD.

La signature du *COMPACT* au Sénégal en 2013, entre le MSAS et les partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de la santé, marque un fait majeur dans la coordination des interventions des partenaires au développement du pays, pour plus d'efficacité de l'aide au développement.

Cependant, les engagements présents dans le *COMPACT* n'ont pas été mis en action depuis la signature de ce document. Ce dernier se heurte également aux procédures des partenaires techniques et financiers qui restent très diversifiées. Des efforts considérables doivent être déployés pour une plus

grande mise en œuvre des accords contenus dans ce document. Un des grands défis du COMPACT serait d'arriver à l'alignement des partenaires aux procédures nationales. C'est dans ce cadre qu'il est heureux de constater que des initiatives comme l'évaluation conjointe des capacités de gestion du MSAS ont été prises. Cette évaluation a permis d'élaborer un plan de mitigation des risques qui devrait à terme permettre au ministère de gérer les ressources des partenaires. Mais d'ores et déjà, il faut noter que des partenaires comme la Coopération Luxembourgeoise et l'USAID expérimentent des mécanismes de financement allant dans ce sens. Il est aussi important de souligner une absence de leadership du Gouvernement pour amener les partenaires à s'aligner sur les procédures nationales.

Dans le domaine de la mutualité, il convient de souligner le partenariat dynamique notamment avec l'USAID, la Coopération belge, World Vision, l'UNICEF, LUXDEV etc :

- **USAID**

Les formes d'appui au Ministère en matière de mutualité sont à trois niveaux : (i) stratégique, (ii) opérationnel et (iii) technique ».

- **Niveau stratégique**

L'USAID a participé à l'élaboration de beaucoup de documents de politiques depuis les Concertations nationales sur la santé et l'action sociale (CONSAS) : le Plan stratégique de développement de la CMU (2013- 2017).

- **Niveau opérationnel**

Le niveau opérationnel vise la mise en place des mutuelles de santé par Département sur la stratégie du DECAM.

- **Niveau technique**

L'USAID a participé :

- au parachèvement du manuel de procédure gestion administrative, financière et comptable des mutuelles de santé, et du manuel de procédures de gestion des gratuités.

- à la formation sur le conventionnement et des pools de formateurs des Comité d'Initiative Mutualiste,

- à la définition des aspects institutionnels.
- World Vision a construit et équipé des sièges de mutuelles de santé
- La coopération belge qui développe l'expérience de la tarification forfaitaire avec les UDAM, notamment de Kounghoul, de Foundiougne et de Nioro.
- Le Luxembourg appuie la promotion des mutuelles de santé dans la zone Nord.

7.2 PARTENARIAT AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES

Les collectivités locales sont des acteurs clés pour la mise en œuvre de la politique de santé. Elles sont souvent associées au processus d'élaboration et de partage des stratégies d'opérationnalisation du PNDS.

Cependant, le partenariat reste à améliorer notamment en tenant compte des changements qui interviennent au niveau des exécutifs locaux après chaque élection. La formation et la sensibilisation des nouveaux élus ne sont pas systématiques. Ce manque de formation et de sensibilisation explique en partie le fait que certaines collectivités locales n'élaborent pas de POCL.

Le FDD est parfois détourné de ses objectifs par les Collectivités locales au profit d'autres secteurs. Par ailleurs le financement des activités de santé au niveau de la collectivité sur ressources propres est généralement faible.

Le personnel recruté au profit des postes de santé est souvent peu qualifié. La gestion du BCI décentralisé ne se fait pas en collaboration avec les services de santé au niveau local, ce qui ne garantit pas le respect de la carte sanitaire. Les comités qui auraient pu régler toutes ces questions ne sont pas toujours mis en place.

En 2013, la mise en œuvre de l'acte 3 de la décentralisation n'a pas permis de venir à bout des difficultés. Ce nouveau contexte nécessite une meilleure harmonisation des compréhensions des différents acteurs concernés.

Toutefois un projet de réforme des organes de gestion a été élaboré. Ce processus finalisé devra permettre aux collectivités locales de mieux assurer l'exécution de leurs missions.

Quelques perceptions sur le terrain du rôle des Collectivités Locales

Les Collectivités locales n'interviennent qu'à travers les Fonds de dotation. Et encore, il ne s'agit pas de leur argent, mais de l'argent de l'Etat. Il n'y a jamais de contribution sur fonds propres. Il n'y a pas d'appropriation. Les rares fois où les Collectivités interviennent, c'est dans le recrutement du personnel (Et c'est du personnel pas toujours qualifié / des manœuvres, des techniciens de surface, etc...)

Les comités de gestion ne fonctionnent pas. Les fonds de dotation ne sont jamais versés intégralement et à temps.

Dans certaines localités, le Maire diminue de façon drastique les montants de ces FDD.

Selon un acteur de la santé, « Quelquefois, j'entends parler de construction de Poste de Santé, Même s'ils sont orientés, les Responsables locaux font ce qu'ils veulent, malgré l'existence de la carte sanitaire. Leurs activités sont trop politisées ».

Le secteur de la santé n'assure toujours la formation, l'information et l'orientation des Collectivités Locales et des populations.

Selon un Médecin-chef de région, « il y'a eu des PS construits sur financement BCI, alors que le Médecin Chef n'était même informé. Nous sommes seulement impliqués dans la réception. Il y'a nécessité de corriger : nous avons des PS mal construits, avec du matériel inadapté... ».

Ce tableau peu reluisant contraste pourtant avec l'importance que l'Etat accorde aux collectivités locales avec le transfert de la compétence santé et la délégation de la gestion décentralisée du BCI-ETAT.

Les Collectivités sont des partenaires privilégiés dans le domaine de la protection sociale et de la mutualité

Globalement, dans le cadre de la protection sociale, les Collectivités locales accompagnent les services d'Action sociale dans le ciblage des bénéficiaires de bourses familiales, de cartes d'égalité de chances et d'identification d'autres groupes vulnérables.

La situation actuelle consécutive à l'avènement de la Loi 2013-10 du 23 Décembre 2013 portant code général des Collectivités locales communément appelé Acte 3 de la Décentralisation sans Décrets d'application pose de sérieuses difficultés d'appui aux mutuelles de santé d'où les faibles contributions des collectivités locales au fonctionnement des mutuelles de santé. Le DECAM suggère néanmoins que chaque collectivité locale mette en place une mutuelle de santé.

14.3 PARTENARIAT AVEC LE SECTEUR PRIVE

Le secteur privé n'a pas été bien intégré dans le système de santé dans le passé, bien que la politique de santé soit une et indivisible. Ce secteur s'est toujours développé en marge du système de santé, sans y participer réellement au-delà des aspects réglementaires et administratifs. Il a toujours été noté un dualisme au niveau national et une cohabitation des deux secteurs mais sans complémentarité ni concurrence.

De nombreuses initiatives ont été prises dans les projets financés par l'USAID.

Le secteur privé a même pris le devant en matière de santé avec la mise en œuvre de la RSE dans de nombreux domaines de la santé : paludisme, VIH/SIDA, transport sanitaire, plateau technique des EPS, MEG, assurances santé avec le PMAS, etc.

Le partenariat entre le MSAS et la CSS qui devait aboutir par la réalisation de l'hôpital de Richard Toll n'a pas réussi par manque de coordination,

malgré le fait que l'étude de faisabilité ait été réalisée avec l'appui de LUXDEV.

L'association SASF (Secours expliquer le sigle) qui avait mis 2 avions à la disposition du MSAS pour les évacuations nationales aériennes des malades, a fini par être suspendu faute d'entente avec le ministère.

Le MSAS non plus n'avait pas vraiment fait tout le nécessaire pour raffermir le partenariat dans le cadre du PNDS afin d'impliquer le secteur privé de santé dans l'action de santé publique. Par contre le secteur privé non lucratif a tout de même réussi son intégration dans les domaines de la santé publique sur l'ensemble du territoire.

Dans son programme actuel, bien des expériences ont été développées avec notamment le **tutorat plus**, avec la formation de plus de 280 prestataires contractuels (appui de INTRAHEALTH).

En 2011, a été créé un cadre de concertation nationale sur le PPP qui a affiché au grand jour la volonté de l'Etat de réaffirmer les liens entre les 2 secteurs.

En juin 2013, les acteurs du secteur public et du secteur privé se sont rencontrés et ont élaboré sept objectifs pour les PPP de la santé au Sénégal :

- Adapter le cadre juridique des PPP aux besoins particuliers du secteur de la santé
- Revitaliser le cadre national des PPP et soutenir l'environnement des PPP
- Identifier des mécanismes de collecte des données pour le secteur privé

- Impliquer le secteur privé dans la définition des programmes de santé
- Développer et populariser les expériences des PPP et en tirer le meilleur parti possible
- Conduire une étude de faisabilité pour aider à identifier les projets PPP admissibles
- Mettre en place un projet de PPP à grande échelle

Depuis 2013, la Banque Mondiale et l'USAID sont à pied d'œuvre et ont appuyé le MSAS et le secteur privé qui, faut-il le rappeler, ne prenaient pas suffisamment d'initiatives, en dehors des ordres et des syndicats privés qui constituaient le seul lien.

En 2014, la mise en œuvre du projet HIA (health in Africa) appuyé par la Banque Mondiale a permis au MSAS d'instaurer une plateforme de dialogue public privé. L'Alliance du secteur privé (ASPS) a été créée à cet effet pour offrir au Ministère l'opportunité de disposer d'un interlocuteur unique pour le secteur privé en vue de faciliter le partenariat. Ce processus va aboutir à la signature d'une convention de partenariat entre le ministère et l'Alliance pour le secteur privé de la santé.

Deux études portant sur l'identification des textes législatifs et réglementaires en vue de la révision du cadre juridique régissant le secteur privé et un état des lieux du secteur privé ont été réalisés. L'évaluation du secteur privé s'est faite à partir de quelques prestations de services et sera complétée par une étude plus exhaustive notamment une cartographie financée par l'USAID.

Un plan d'action a été élaboré en liaison avec l'Alliance pour le développement sanitaire.

L'élaboration des CNS de la santé appuyée par l'OMS depuis 2005, puis par d'autres PTF, constitue à n'en pas douter une bonne avancée et un instrument indispensable aux futures actions à développer avec le secteur privé dans les différents domaines. Dans le cadre du PSE, une part importante est réservée

au secteur privé avec la conception de projets majeurs tels que Dakar Médical City et bien d'autres initiatives dans le domaine de la gestion hospitalière et des polycliniques privées. En réalité, le secteur de la santé est en retard sur le PPP par rapport à plusieurs départements ministériels même si il a enregistré une première expérience au centre de santé de Mbour en signant une convention avec le FONSIS pour la mise en place d'une unité d'imagerie médicale.

14.4 LA MULTISECTORIALITE

Depuis la conférence d'Alma Ata sur les SSP en 1978, la multisectorialité a connu un développement au Sénégal : il faut souligner le fait que, dans notre pays, environ 15 départements ministériels mènent des actions sanitaires et non des moindres, et cela depuis les années d'indépendance.

En fait, le caractère multisectoriel de la santé a été largement démontré. Plusieurs études ont confirmé que le seul secteur de la santé ne peut résoudre au maximum, que 20 % des problèmes de santé.

L'OMS avait relancé le processus en 2005 avec l'appui du Luxembourg dans le cadre du SPRDE. Le projet a bien été développé en zones défavorisées avec une étude diagnostique de départ, le tout suivi de plans d'action et plusieurs ateliers de sensibilisation dans les régions : des points focaux avaient été désignés, mais une léthargie s'en est suivie. Le processus a par la suite été développé et consolidé.

Les récentes épidémies au Sénégal et ailleurs, ont suffisamment démontré cette intersectorialité dans le domaine de la santé avec les zoonoses et anthro-po-zoonoses, les maladies hydriques, le VIH/SIDA, le paludisme, la MPE, etc....

Néanmoins, au niveau de la planification du secteur, cette importante donne ne semble pas être suffisamment prise en compte dans le PNDS. Des actions

multisectorielles ont toujours été développées, mais sans coordination au sein du MSAS.

Plusieurs comités multisectoriels sont créés, et cela, malgré les études et recommandations faites à ce sujet pour une convergence dans le cadre d'un dispositif intégré.

Notons cependant qu'il existe de rares comités tels que celui du VIH ou de la CLM qui fonctionnent relativement bien, tant au niveau central que régional. Plusieurs autres comités existent dans les régions avec toutefois les mêmes acteurs toujours, ce qui ne facilite pas l'intégration de l'action sanitaire.

En 2014 le MSAS a commandité avec l'appui de l'OMS un état des lieux sur la multisectorialité. Les recommandations de cette étude ont conduit à la désignation de 28 points focaux par les autres départements ministériels. Un plan d'action a été élaboré pour la mise en œuvre de la plate forme multisectorielle.

Des actions importantes ont été menées avec notamment 9 CRD tenues sur les 14 régions pour partager la plateforme multisectorielle. Deux plans d'action multisectoriels dans le domaine de la santé de la reproduction et de la lutte contre les maladies non transmissibles ont été validés par le comité technique composé des 28 points focaux et des représentants du MSAS. Cependant le caractère continu et systématique du processus fait défaut.

Des points focaux sur la multisectorialité santé, ont déclaré être point focal promotion de la santé, point focal MSAS, point focal one health avec la primature et de Global health security avec la santé l'élevage , l'environnement et l'agriculture.

Dans le domaine de la mutualité, la collaboration avec les autorités territoriales est assez significative:

Au plan organisationnel, la Préfecture joue un rôle d'encadrement et d'accompagnement. Ainsi, le Préfet a mis en place des structures comme :

- le Comité départemental pour sensibiliser les Communes à la réussite du programme de protection sociale,
- le comité de suivi des structures de santé
- le Comité départemental de protection de l'enfance

Les Préfets ont une claire compréhension des politiques de santé et d'action sociale de l'Etat dans la mise en œuvre des politiques relatives:

- aux Bourses de Sécurité familiale:
- aux activités génératrices de revenus soutiennent les cibles défavorisées
- à la prise en charge des talibés et autres indigents et l'assistance aux démunis
- à la généralisation de la Carte d'égalité des chances.

Recommandation :

Pour une meilleure opérationnalisation de la politique de partenariat du MSAS, il s'avère nécessaire de restructurer et de renforcer la Division Partenariat afin de la muter en une structure fonctionnelle avec un organigramme plus structuré et assez clair prenant en compte la gestion des aspects du partenariat stratégique pour un meilleur suivi du compact.

TITRE IV

**ANALYSE SELON LES 5 CRITERES,
DEFIS ET RECOMMANDATIONS**

CHAPITRE 15

ANALYSE DE L'EVALUATION SELON LES CINQ CRITERES

15.1. EFFICACITE

L'analyse de l'évaluation nous a montré que le niveau des indicateurs est acceptable malgré les contraintes : le tableau des indicateurs de performance affiche de bonnes tendances dans l'ensemble.

Certains indicateurs dont notamment la mortalité maternelle et la mortalité néonatale ont régulièrement baissé, même si la baisse est légère, avec encore un gap important par rapport à l'objectif en 2018. Les stratégies et les activités adoptées dans le PNDS sont appropriées compte tenu du caractère consensuel et participatif des acteurs à l'élaboration des documents des plans stratégiques et des PTA. Le niveau d'atteinte des cibles est discuté et adopté et les partenaires adhèrent aux différents indicateurs de santé fixés.

Les normes en personnel ne sont pas respectées dans la plupart des formations sanitaires : pléthore de SFE au niveau des postes de santé à Dakar et normes pas atteints en milieu rural et dans les régions enclavées. Toutefois , des efforts importants ont été déployés entre 2014 et 2015 avec l'affectation de SFE et des IDE au niveau des zones les plus périphériques avec l'accompagnement des PTF et des comités de santé , à telle enseigne que la plupart des postes des PS sont doublés en SFE. L'Etat a aussi fait d'importants efforts, bien que le recrutement manque toujours d'efficacité dans l'ensemble. Ceci est dû surtout aux longues procédures, aux problèmes de mobilisation des agents recrutés quant à leur affectation et leur gestion ainsi que de la qualité des ressources affectées.

Le budget de la contractualisation a permis aussi de juguler tant soit peu les besoins en personnel ; mais le déficit est toujours aigu dans certaines poches déshéritées du pays.

Par ailleurs les organes de mise en œuvre sont fonctionnels à tous les niveaux du système avec un degré d'appropriation variable selon les régions. Le rattachement de l'Action sociale au MSAS depuis 2012 est effectif mais force est de reconnaître que son intégration reste encore à parfaire. Le processus de suivi est réel à chaque niveau et les PTF adhèrent aux mécanismes mis en place et y participent activement. Les outils sont utilisés et les organes sont fonctionnels en général.

Les PTA sont acceptables à 75 %. Certains PTA n'intègrent pas les POCL.

Les organes du PNDS (RAC, CIS, MSC) sont mis en œuvre selon le calendrier pré établi et avec la participation de tous les partenaires.

Il y'a cependant un problème de suivi des projets et des programmes au niveau du MSAS. Le CDSMT a été un bon cadre de planification opérationnel pour le PNDS depuis 2005 malgré le fait qu'il n'a pas été décentralisé dans toutes les régions.

La carte sanitaire n'est pas toujours respectée par les collectivités locales.

Le processus de suivi est mis en œuvre selon le plan de suivi évaluation conçu ex ante. Les données sont disponibles , mais sur enquêtes , à cause de la rétention des informations, ce qui a limité le SIS dans son ensemble et poussé les PTF à mettre en place en liaison avec leurs projets et programmes des systèmes parallèles de collecte et de transmission des données les concernant , entraînant du coup une surcharge de travail administratif à tous les niveaux : ceci a largement contribué à la fragilisation du SIS qui a été bâti depuis les indépendances. Cette situation a obligé l'ensemble des acteurs à adopter le système des enquêtes couteuses chaque année et périodiquement ce qui nuit à l'efficacité du système.

La mise en place de la plateforme du DHIS2 récemment, devrait permettre une meilleure intégration des sous-systèmes d'information avec en plus ceux des EPS et du secteur privé.

Les aspects genre sont pris en compte dans le PNDS et récemment des initiatives importantes ont été prises au niveau institutionnel afin de bien intégrer la politique genre dans les projets et programmes.

15.2. EFFICIENCE

Le PNDS a mobilisé des ressources importantes au niveau des ressources humaines, des infrastructures et des équipements ainsi que pour le fonctionnement des services sur l'ensemble du territoire. Il a été reconnu depuis fort longtemps l'absence de critères d'allocation des ressources budgétaires affectées aux services et cette situation a entraîné de nombreux problèmes d'efficience dans l'utilisation des ressources publiques : à titre d'exemple, les hôpitaux situés dans les zones les plus enclavées et où la population est plus pauvre (cas de Tambacounda), reçoivent un budget faible par rapport à bien d'autres formations sanitaires. Les exemples sont nombreux et touchent le budget **évacuation sanitaire, le personnel et les infrastructures**.

En ce qui concerne les infrastructures de santé, nombreux sont les chantiers en cours d'exécution depuis au moins 10 années et dont le coût de construction a au moins été doublé sans pour autant qu'elles soient encore réceptionnées ou l'ont été récemment. Les délais d'exécution des gros œuvres sont donc particulièrement longs. En plus, il se pose toujours les problèmes récurrents de la disponibilité des ressources humaines, les raccordements à l'eau et à l'électricité, le désenclavement, d'où une utilisation non efficiente des ressources financières qui sont mobilisées pendant de longues années sans services en contrepartie.

Les ressources humaines recrutées ou formées quittent la plupart du temps. Certains centres de santé surdimensionnés restent fermés 2 à 3 années faute de fonctionnalité ou d'accessibilité ou faute de personnel. Et les exemples sont nombreux...

La création des blocs SONU, une des priorités du PNDS, est aussi un autre aspect du problème : en effet, les équipes sont formées, et une fois sur place, difficilement parce qu'enclavées en général, des réaffectations intempestives et sans concertation, démobilisent une partie de l'équipe, ce qui entraîne la fermeture de la plupart des blocs mis en place avec d'importants efforts.

Le même problème est constaté dans les recrutements par la Fonction Publique et la contractualisation : une forte mobilisation des ressources et une utilisation tardive ou en partie du personnel recruté.

Il y'a un véritable problème dans l'allocation des ressources concernant le recrutement des RH et la contractualisation, car il y'a des problèmes de qualification particulièrement au niveau central.

Les ponctions et les réaménagements budgétaires en cours d'année entraînent des couts d'opportunités très élevés avec en plus l'amputation d'activités techniques essentielles pour le système de santé au profit de contractuels dont la compétence est contestée par les bénéficiaires eux-mêmes. Il en est de même de la gestion et du management des EPS concernant leur endettement structurel dû essentiellement à des problèmes de leadership, de capacités gestionnaires et de dysfonctionnements des organes de l'EPS.

Les enquêtes EDS continue ou MICS coutent cher à cause de la rétention des données pendant des années et le SIG est paralysé en quelque sorte : en plus, elles se font chaque année de façon récurrente.

Les retards dans la mise en œuvre du génie civil posent le problème du cout élevé des dépenses et il en est de même des équipements.

Nul doute que la situation actuelle relative à la restructuration inachevée du MSAS, avec ce que cela entraine comme dysfonctionnements et risques, affecte sérieusement

le fonctionnement du système de santé.

Les ressources budgétaires dans le cadre du FDD, sont largement amputées par les Collectivités Locales à qui pourtant, est transférée la compétence santé. En plus, dans le cadre du BCI décentralisé, ou même sur fonds propres ou par l'intermédiaire de la coopération décentralisée, les infrastructures réalisées par ces Collectivités locales sont hors normes et ne répondent souvent pas à la carte sanitaire, avec une prédominance politique en plus au niveau de leur implantation. En général le personnel recruté est non qualifié. Les comités de gestion dans leur grande majorité ne sont même pas mis en place depuis l'avènement de la décentralisation.

L'Etat a fourni d'importants moyens internes. Avec l'appui de ses partenaires, des investissements importants ont été réalisés avec le relèvement du plateau technique aussi bien des EPS que des CSR souvent érigés du reste en EPS1. Toutefois la maintenance qui sied ne suit pas aux différents niveaux compte tenu surtout de l'obsolescence des équipements en apposition aux compétences requises et à la faiblesse de la contractualisation et de la gestion de la maintenance.

15.4. PERTINENCE/COHERENCE

La pertinence du PNDS ne souffre de l'ombre d'aucun doute par rapport aux constats et analyses et au contexte du pays. En effet, il s'agit d'un document bâti sur le consensus et la concertation de tous les acteurs. Il est bien partagé avec les partenaires clés du système ; à une exception près et de taille, le secteur privé de santé qui a été, il faut le dire, depuis fort longtemps sous représenté par suite de son inorganisation pour participer à la politique de santé publique mais aussi par le peu d'initiatives développé par le MSAS.

L'élaboration du PNDS a pris du temps et tous les acteurs ont participé à la critique du système ainsi qu'à la formulation de la politique et des stratégies à mettre en œuvre.

Les objectifs du PNDS sont cohérents par rapport à ceux des OMD puisque la lutte contre la mortalité maternelle, infantile et néonatale, la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose constituent non seulement le soubassement des OMD notamment 4, 5 et 6 mais constituent aussi les priorités dans le PNDS. Ces documents sont aussi en cohérence avec le SNDES.

Les objectifs du PNDS sont pertinents et prennent en charge les aspects prioritaires de la santé des populations. Ils sont en cohérence avec la politique de santé dans le cadre de la LPS.

Le contexte de lutte contre la pauvreté et la volonté d'assurer une meilleure accessibilité physique et financière des populations les plus démunies ont été pris en compte dans le PNDS. S'y ajoute le rattachement de l'action sociale au MSAS afin de consolider la prise en charge des plus démunies. La mise en œuvre des politiques de gratuité pour les cibles prioritaires et les plus démunies de la société est une réalité aujourd'hui.

La décentralisation des services hospitaliers vers les zones périphériques constitue à n'en pas douter des stratégies pertinentes du plan. La décentralisation des facultés de médecine constitue à n'en pas douter d'importantes décisions allant dans le sens de la démocratisation des services de santé et de l'accessibilité des populations rurales aux soins et services tertiaires

Même si des problèmes de prise en charge effectives demeurent toujours préoccupants.

Le PIS est le document opérationnel de mise en œuvre du PNDS qui est un plan stratégique. Il a été élaboré sur la base des normes de la carte sanitaire élaboré en 2008 et actualisé en 2011. Il vient de faire l'objet d'une évaluation/actualisation en 2016. Le PIS a été élaboré en 2011 mais il n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation.

Cependant, il y'a cohérence entre ces documents de planification y compris le CDSMT et le DPPD depuis 2014. Le CDSMT a été durant plus de 10 années le seul instrument de programmation des investissements en étroite liaison avec le PNDS.

L'élaboration et la signature du Compact entre en étroite ligne dans le cadre du « three ones », bien que n'ayant pas encore été mis en œuvre.

15.6. ADEQUATION

Malgré tous les aspects positifs du PNDS, quelques problèmes d'adéquation sont relevés. En effet, bien que la SMNI soit la priorité dans le plan, force est de reconnaître que seulement 13 % des fonds lui sont alloués dans les CDSMT. Les ressources humaines ne sont pas non plus en adéquation avec les infrastructures construites, puisque des problèmes de dotations sont réels

et récurrents à la suite des réceptions en particulier des nouveaux centres de santé. L'ouverture des blocs SONU et leur équipement est très souvent tributaire de la disponibilité des équipes pendant des années.

Il y'a cependant une bonne mobilisation des ressources dans la santé. C'est dans l'exécution qu'il y'a des manquements (dans la célérité de la mise en œuvre et de l'exécution financière surtout en matière d'investissement).

15.7. DURABILITE PERENNISATION

Bien que le PNDS en tant que SWAPS soit mis en œuvre depuis 20 années au sein du MSAS, force est de reconnaître qu'il y'a encore des problèmes d'appropriation chez certains acteurs clé tels que les Collectivités Locales ou même certains MCD et avec les responsables de l'action sociale qui ont réintégré le processus depuis 2013.

Les acteurs sur le terrain ne maîtrisent pas en fait les outils. Par exemple, la formation décentralisée des CDSMT ne s'est faite que dans 3 régions sur les 14 que compte le pays. Tous les PTA n'intègrent pas les POCL, mais la participation de tous les acteurs, à tous les niveaux, est une réalité. Il y'a une certaine appropriation du processus de planification et des outils par les acteurs selon les niveaux du système de santé. Le système est donc pérennisable puisqu'il est mis en œuvre depuis 1998 avec toujours des activités d'accompagnement des différents partenaires. En outre de bonnes initiatives sont prises de part et d'autres en vue de la consolidation des acquis et dans la perspective de l'amélioration continue e du renforcement du dispositif.

CHAPITRE 16 : ANNEXES

DEFIS MAJEURS ET RECOMMANDATIONS

16.1. DEFIS MAJEURS

Le secteur de la santé est au tournant de son développement. En effet depuis 20 années l'approche sectorielle est mise en œuvre à travers tout le pays. Tous les partenaires et les acteurs ont acquis une grande expérience de planification et de partenariat.

Néanmoins de grands défis se posent toujours bien des efforts et des acquis soient une réalité. Les résultats obtenus sont également importants dans la lutte contre la maladie, la gestion des MEG la couverture et la qualité de la prise en charge et l'image même des formations sanitaires il y'a quelques années en arrière. Sans aucun doute le secteur de la santé a des acquis importants. Le système de santé est en phase toujours de consolidation et de dynamisme malgré le fait que les plans décentralisé soient abandonnés depuis quelques années.

Les grands défis de l'heure au sein du secteur de la santé sont de plusieurs ordres.

La réorganisation du MSAS tant attendu inscrite dans le PNDS 2009-2018 n'est pas encore une réalité malgré tous les espoirs qu'elle avait soulevés.

En matière de ressources humaines le déficit est encore important malgré les efforts concomitants des PTFF de l'Etat et des comités de santé. Le partenariat avec la FMPOS dans le domaine de la formation des médecins spécialisés n'est toujours pas une réalité malgré les énormes besoins de la périphérie en services et soins tertiaires. Il est vrai que l'Etat a décentralisé la médecine dans quelques régions et l'érection des EPS hospitaliers en CHR pourrait permettre de résoudre en partie cette question. La gestion des ressources humaines reste encore problématique au sein du MSAS.

En matière de référence contre référence le SAMU est mis en place et est fonctionnel mais les SAU et la prise en charge des urgences restent problématique encore faute d'une bonne organisation de compétences

La télémédecine et le e-santé ne sont pas vraiment encore intégré au PNDS et demeurent à l'état expérimental dans la dispersion et le manque de coordination.

Le PSE constitue un enjeu de taille vues les décisions prises par le Chef de l'Etat en termes d'investissement et de prise en charge des indigents dans le cadre de la CMU : il s'agira pour le MSAS de relever le défi en anticipant tout de suite des éventuelles conséquences de ces décisions par l'entame d'études de faisabilité de formation de partenariat et de dispositions diverses à prendre dans les meilleurs délais.

En matière de financement il s'agira de chercher des solutions alternatives au financement du secteur en nouant un partenariat donnant donnant et les perspectives avec le secteur privé de santé pourraient être une des solutions. En matière de gestion hospitalière des mesures importantes devront être prises afin de redresser le cash-flow des EPS après la résolution de la question des dettes. Un nouveau visage de gestion moderne de ces établissements devrait voir le jour à cours du prochain PNDS.

Le FBR en voie de mise en œuvre dans quelques régions constitue à n'en pas douter une alternative importante de motivation d'incitation à la performance s'est bien conduit bien harmonisé dans le cadre du comité mis en place à l'image de plusieurs pays d'Afrique centrale et d'Asie.

Un autre défi de taille demeure la gestion des infrastructures et le suivi évaluation des projets et des programmes de santé. Le MSAS devra à l'avenir assurer un bon pilotage dans ces domaines.

16.2. RECOMMANDATIONS

Les recommandations sont répertoriées dans le tableau ci-après :

Domaines		Recommandations	Degré de Prio rité	A QUI ?	Date limite
	PNDS	Réviser le PNDS en mettant l'accent sur un nombre restreint d'activités prioritaires, stratégiques et à haut impact d'ici 2018. Préparer la formulation du PNDS 2018- 2028 en mettant en place toute l'organisation.	Haute	DPRS DPRS	
REORGANI- SATION MSAS		Faire un plaidoyer à haut niveau pour la signature du décret réorganisant le MSAS et érigeant les RM en DRSAS Tenir une retraite portant sur les attributions des directions et des services, les relations fonctionnelles, les profils de postes avec les projets d'arrêtés des nouvelles directions et de la Région Recentrer les fonctions de la DGS dans la coordination la supervision le contrôle des politiques et le suivi Fusionner la DPM et la DP en une seule direction technique	Haute Haute Haute	Cabinet Cabinet /SG Cabinet	

	Fusionner le SNEIPS et la Division de la promotion de la santé en une seule direction de la promotion de la santé		Haute	Cabinet/ DGS	
	Créer l'agence hospitalière en lieu et place de la DES et la réduire en un organe rattaché ou au cabinet ou à la DGS		Haute		
	Elaborer un programme de renforcement des compétences au niveau central et régional dans les domaines du management de la gestion administrative et financière et du leadership et le mettre en œuvre		Haute	Cabinet	
				Cabinet DRH	
PLANIFI- CATION	PTA	La DPRS doit centraliser les fiches de renseignement des budgets annuels disponibles des PTF et les transmettre aux centres de responsabilité accompagnées de la lettre circulaire avant l'élaboration des PTA afin d'éviter les financements hors PTA Affecter 70 à 80 % des	Haute	DPRS	

		financements aux régions et 20 à 30 % au niveau central	MT	Cabinet	
PASSATION DES MARCHES	Améliorer le taux d'absorption des ressources du BCI/Etat et des appuis des PTF et éviter les fonds libres en anticipant sur l'élaboration des DAO et lancer le processus des marchés dès après les arbitrages budgétaires dès le dernier trimestre de l'année t -1		MT	DIEM	
	Privilégier le faire faire au niveau de la DIEM		MT	DIEM	
PROJETS/ PROGRAMME S	Mettre en place au sein de la DPRS une banque des projets/Programmes du MSAS en exécution et en assurer le suivi périodique (tous les 3 mois) en liaison avec le cabinet ou le SG		Haute	DPRS	
	Assurer la coordination avec le fichier des projets santé et action sociale de la DI et de la DCEF du MEFP		Haute	DPRS	

TELEME- DECINE	Procéder à un audit des installations de la télémédecine et des e- santé sur l'ensemble du territoire	MT	Cellule Informa- tique	
	Elaborer une stratégie nationale d'intégration de la télémédecine en tenant compte des alliances ou partenariat à développer avec le SAMU et la référence contre référence dans le cadre du nouveau PNDS	MT	Cellule Informa- tique	
SAMU	Renforcer le partenariat avec le secteur privé de santé et avec les Collectivités Locales	MT	SAMU	
	Evaluer le plan stratégique du SAMU	Haute	SAMU	
	Lancer le plan de communication du SAMU	Haute	SAMU	
REFORME HOSPITA- LIERE	EPS Evaluer et relancer le processus d'élaboration des projets d'établissement et lui donner un caractère obligatoire	Haute	DES	
	Proposer un plan d'apurement de la dette hospitalière avec un terme	Haute	INSPEC- TION	
	Prendre immédiatement des mesures afin de mettre un terme à l'accroissement du déficit structurel des EPS Elaborer et mettre en œuvre un cahier des charges contractuel avec les directeurs d'EPS et	Haute	Cabinet	

		procéder à leur sélection par voie de compétitivité			
		CA/EPS Elaborer un module de formation /sensibilisation sur le rôle et les responsabilités des membres des CA et renforcer leurs compétences	MT	DES	
REORGAN- ISATION DISTRICTS SANITAIRES		Marquer une pause (phase de transition) dans l'érection des CSR en EPS et dans la poursuite du découpage des districts sanitaires afin de régler les préalables et la mise à niveau. Revoir l'organisation de l'administration sanitaire à la lumière de l'Acte III concernant la départementalisation et la disparition de la Région par rapport aux districts sanitaires et aux EPS	Haute	DGS DGS	
RESSOURCE	PNDRHs	Rationaliser les ressources budgétaires affectées aux ressources humaines en mettant l'accent sur les besoins prioritaires	Haute	DRH	

S HUMAINES		en personnel qualifié au niveau central et dans les régions conformément au PNDRHs			
	FORMAT ION	Evaluer le PNDRHS Réviser le PNDRHs en tenant en compte de l'environnement et en mettant l'accent sur le plaidoyer vis-à-vis du MEF et du ministère chargé de la Fonction Publique Assurer le suivi régulier du PNDRHs Elaborer une stratégie spécifique de prise en charge de la santé des jeunes et des adolescents et l'intégrer dans le nouveau PNDS Développer le partenariat avec UCAD/FMPOS afin de disposer de modules de formation de base dans les spécialités pour les médecins et le personnel paramédical afin d'améliorer la prise en charge au niveau périphérique Mettre en place un dispositif de coordination et d'appui budgétisé entre le MSAS et l'FMPOS e matière de formation de spécialistes et d'assistance au MSAS.	Haute Haute Haute Haute	DRH DRH DSRSE DRH	

		Instaurer une politique de redéploiement du personnel sur la base de critères en liaison avec les partenaires sociaux	Haute MT	DRH DRH	
		Elaborer un programme national de formation continue des personnels de santé Organiser la formation continue au niveau central et régional en mettant en place le dispositif de formation en cascade avec des modules intégrés et des équipes de formation des formateurs Implanter dans les CRF la formation continue et la recherche opérationnelles dans le secteur sous l'autorité du MCR : le CRF serait ainsi doté d'un centre de documentation régional Organiser la formation continue au niveau central et régional en mettant en place le dispositif de formation en cascade avec des	Haute Haute MT	DGS DGS DRH	

		modules intégrés et des équipes de formation des formateurs	MT	DGS	
		Implanter dans les CRF la formation continue et la recherche opérationnelles dans le secteur sous l'autorité du MCR : le CRF serait ainsi doté d'un centre de documentation régional			
			MT	DGS	
		Recruter le personnel en veillant strictement au respect de l'allocation budgétaire en faisant des simulations budgétaires de concert avec la DAGE et DRH afin d'éviter les réaménagements budgétaires préjudiciables aux activités techniques	Haute	DRH	
FINANCE- MENT		Définir un plan d'action en vue de l'intégration et de la généralisation du FBR sur l'ensemble du territoire en tenant compte des possibilités budgétaires de l'Etat et des PTF ainsi que des résultats des évaluations des projets FBR en cours d'exécution.	MT	DGS	

	Elaborer une stratégie nationale du financement de la santé à moyen et long termes pour la CMU	Haute	Gouvernement MSAS	
MULTISECTORIALITE	Créer un seul dispositif de concertation multisectoriel santé seul répondant avec des comités spécialisés en liaison avec la PM et la PR	Haute	DPRS	
PSE	A partir des investissements importants prévus dans le PSE le MSAS se doit de faire des simulations en matière de couts récurrents , de formation, d'organisation et de délégation de gestion/management en relation avec la PR/PM/Secteur Privé/PTF dans le cadre d'études de faisabilité et de définir les scenari de prise en charge et d'impact sur le système national de santé.	Haute	DPRS	
RECHERCHE	Mettre en place un Institut national de la Recherche en santé	MT	DGS	
SIS	Instaurer un système d'information au niveau communautaire Rendre fonctionnelle la plateforme DHIS2 en	Haute	DSIS	

	intégrant les besoins en informations des programmes des EPS et du secteur privé de santé Mettre en place un dispositif de revue intégrées des données en relation avec les régions et le niveau central	Haute Haute	DSIS DSIS	
PTF	Réorganiser les divers cadres techniques de concertation avec les PTF en tenant compte de la plateforme RSS et du compact afin d'assurer une meilleure fonctionnalité, synergie et interrelations du partenariat avec le MSAS	Haute	DPRS	
CMU	Renforcer la sensibilisation en vue d'une adhésion massive des populations dans les mutuelles communautaires Mieux organiser le remboursement des prestations de santé relatives aux initiatives de gratuité	Très haute	Agence de la CMU Mutuelles de santé et structures sanitaires	

BIBLIOGRAPHIE

1. ARRANGEMENT CADRE ENTRE LE GOUVERNEMENT DU SENEGAL ET LES PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT RELATIF AUX APPUIS BUDGETAIRES (ACAB) (GOUVERNEMENT, 7 PARTENAIRES) SIGNE LE 11 JANVIER 2008 ; MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MATRICE DE L'ARRANGEMENT CADRE RELATIF AUX APPUIS BUDGETAIRES (ACAB), VERSION DU 12 FEVRIER 2009
2. ARRETE INTERMINISTERIEL PORTANT REPARTITION DU FONDS DE DOTATION DE LA DECENTRALISATION POUR L'ANNEE 2007 (N° 2040 DU 27/03/07) - DOTATION DE COMPENSATION GLOBALE 2008 SUIVANT ARRETE INTERMINISTERIEL N°02545 DU 25 MARS 2008, VILLE DE PIKINE
3. BALIQUE HUBERT, 1996, « LE SYSTEME HOSPITALIER AU SENEGAL : ANALYSE ET PERSPECTIVES », MAI 1996
4. BANQUE MONDIALE, SENEGAL, REVUE DES DEPENSES PUBLIQUES, AMELIORER L'EFFICACITE DE L'INVESTISSEMENT PUBLIC, PREM 4, REGION AFRIQUE, RAPPORT N°. 32479-SN, JUIN 2005
5. BANQUE MONDIALE, SENEGAL, REVUE DES DEPENSES PUBLIQUES, DEVELOPPEMENT RECENTS ET LES SOURCES DE FINANCEMENT DU BUDGET DE L'ETAT, PREM 4, REGION AFRIQUE, RAPPORT N°. 36497-SN, JUIN 2006
6. BARNES, JEFFRY, ALSION BISHOP, CAROLS CUELLAR. MARCH 2009. SENEGAL PRIVATE HEALTH SECTOR RAPID ASSESSMENT. BETHESDA MD: PRIVATE SECTOR PARTNERSHIPS-ONE PROJECT, ABT ASSOCIATES INC.
7. BETTIGA JEAN-PIERRE, 1996, « APPUI AU SECTEUR HOSPITALIER DU SENEGAL », OCTOBRE 1996

8. BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL, SENEGAL : L'ANALYSE DES PRESTATIONS ET DES INDICATEURS DE RESULTATS DE LA PROTECTION SOCIALE, DEPARTEMENT DE LA SECURITE SOCIALE, MAI 2008
9. CABINET EMAP (ETUDE ET MANAGEMENT DE PROJETS) ET GROUPE ISSA (INNOVATION ET SYSTEME DE SANTE EN AFRIQUE), ETUDE DES RELATIONS ENTRE LE MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES ET LE MINISTERE DE LA SANTE, RAPPORT FINAL, FEVRIER 2009
10. CADRE DE DEPENSES SECTORIEL A MOYEN TERME (2008-2010)
11. CADRE DE DEPENSES SECTORIELLE A MOYEN TERME(CDSMT) 2012-2014
12. CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS A HAUT IMPACT SUR LA SURVIE DES MERES, NOUVEAU-NES ET ENFANTS AU SENEGAL : POPAEN
13. CODE DES COLLECTIVITES LOCALES - 1996
14. COMPTE RENDU DE LA REUNION DU COMITE DE PILOTAGE DOCUMENTATION ICCCM: INTEGRATED COMMUNITY CASE MANAGEMENT OF CHILD ILLNESSES ; 14/06/2010.
15. COMPTE RENDU REUNION COMITE DE PILOTAGE CCM ; DAKAR, LE 14 JUIN 2010.
16. COOPER WILLIAM ET ALII, « INTRODUCTION TO DATA ENVELOPMENT ANALYSIS », SPRINGER 2006
17. CTB, DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER/RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES PAR L'OCTROI DE BOURSES DE FORMATION/CTB
18. CTB-PAODES, DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER /COMPOSANTE

«APPUI A LA GOUVERNANCE SANITAIRE »/

19. CTB-PAODES, DOSSIER TECHNIQUE ET FINANCIER/COMPOSANTE « APPUI A L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS
20. DECLARATION DE PARIS SUR L'EFFICACITE DE L'AIDE AU DEV ET PROGRAMME D'ACTION D'ACCRA 2005-2008
21. DECRET 2012-543 DU 24 MAI 2012 PORTANT REPARTITION DES SERVICES DE L'ETAT ET DU CONTROLE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS, DES SOCIETES NATIONALES ET DES SOCIETES A PARTICIPATION PUBLIQUE ENTRE LA PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, LA PRIMATURE ET LES MINISTERES
22. DECRET 92-118 PORTANT ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES COMITES DE SANTE
23. DECRET PORTANT REPARTITION DES SERVICES DE L'ETAT EN 2012
24. DEUXIEME ENQUETE DE SUIVI DE LA PAUVRETE AU SENEGAL (ESPS-II) 2011
25. DIRECTIVES OMS POUR LE TRAITEMENT DU PALUDISME
26. DIVISION DE L'ALIMENTATION, DE LA NUTRITION ET DE LA SURVIE DE L'ENFANT : RAPPORT D'EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LES STRUCTURES DE SANTE DE PREMIER NIVEAU AU SENEGAL. DAKAR, MAI 2006.
27. DOCUMENT CONCERNANT LE MALI (RAPPORT D'INVENTAIRE, MARS 2008 ; COMPACT, VERSION FINALE DU 27 MARS 2009 ; CMDT SANTE 2009-2011, VERSION DU 27 MARS 2009), SITE WWW.INTERNATIONALHEALTHPARTNERSHIP.NET
28. DOCUMENT DE POLITIQUE DE CONTACTUALISATION DANS LE

SECTEUR DE LA SANTE AU SENEGAL

29. DOCUMENT DE POLITIQUE ECONOMIQUE ET SOCIALE 2011-2015
30. DOCUMENT DE PROJET SUR LA RBF A EXPERIMENTER AU SENEGAL
ET RAPPORT DE L'ATELIER - DPES SENEGAL 2011 – 2015 NOVEMBRE
2011 - MFF : SNEEG 2015 - DECRET PORTANT REPARTITION DES
SERVICES DE L'ETAT EN 2012 - 2011 : PLAN D'ACTION PF 2011-2015 -
MSP : CDSMT 2012 2014
31. DOCUMENT STRATEGIQUE DE REDUCTION DE LA PAUVRETE (DSRP
II) 2006-2010
32. DOCUMENTS DE REFERENCE POUR L'ELABORATION DU PSN 2011-
2015
33. EDS I II III IV EDS 2011 : RESULTATS PROVISOIRES EVALUATION
NATIONALE DE LA DISPONIBILITE, L'UTILISATION ET LA QUALITE
DES SOU, DSR/UNFPA, 2008
34. EDS, ESTIMATIONS DE LA MM, MALARIA INDICATORS SURVEY ? -
CARTOGRAPHIE DES INTERVENTIONS A HAUT IMPACT SUR LA
SURVIE DES MERES, NOUVEAU-NES ET ENFANTS AU SENEGAL
35. EDS-CONTINUE 2012-2014
36. ENQUETE SENEGALAISE SUR LES INDICATEURS DE SANTE : 1999.
DAKAR : SERDHA, 2000.
37. FINAL REPORT OF TECHNICAL REVIEW OF COSTING TOOLS,
COMMISSIONED BY AN INTER-AGENCY STERRING COMMITTEE AND
PARTNESHIP FOR MATERNAL, NEWBORN & CHILD HEALTH,
SEPTEMBER 2008 SITE WWW.WHO.INT/PMNCH

38. FMI, RAPPORT DES SERVICES D FMI SUR LA 2EME REVUE DU PROGRAMME SOUTENU PAR L'INSTRUMENT DE SOUTIEN A LA POLITIQUE ECONOMIQUE, LA DEMANDE D'ACCES A LA FACILITE DE PROTECTION CONTRE LES CHOCS EXOGENES, LA DEMANDE DE DEROGATION A DES CRITERES D'EVALUATION ET LA MODIFICATION DE CRITERES D'EVALUATION, DEPARTEMENT AFRIQUE, 5 DECEMBRE 2008
39. GENDER MAINSTREAMING IN BTC, 2010
40. GUIDE D'OPERATIONNALISATION DE LA POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION
41. GUIDE POUR LA GESTION EFFECTIVE DU PTA
42. HOPITAL DE THIES, 2001, « PROJET D'ETABLISSEMENT 2002-2006 »
43. HOPITAL GENERAL DU GRAND YOFF, 2006, « ETUDE DE L'IMPACT DES TARIFS 2005 SUR LES RECETTES »
44. HOPITAL GENERAL DU GRAND YOFF, 2008, « DIAGNOSTIC INTERNE ET DEFINITION D'UN PLAN D'AMELIORATION »
45. HOPITAL LE DANTEC, ETATS FINANCIERS 2006
46. HOPITAL LE DANTEC, RAPPORT DE REFLEXION 2005 - HOPITAL GENERAL DU GRAND YOFF, 2007, RAPPORT D'EVALUATION FINALE DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2002-2006
47. HOPITAL ST-LOUIS, RAPPORT DE GESTION 2007
48. INTERNATIONAL HEALTH PARTNERSHIP, A GLOBAL COMPACT FOR ACHIEVING THE HEALTH MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS (SEPTEMBER 5, 2007)
49. INTRAHEALTH, GRILLE D'AUDIT GENRE

50. L'AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE AND ICF INTERNATIONAL. 2012. 2010-2011 SENEGAL DEMOGRAPHIC AND HEALTH AND MULTIPLE INDICATORS SURVEY: KEY FINDINGS. CALVERTON, MARYLAND, USA : ANSD AND ICF INTERNATIONAL
51. L'ENQUETE DE BASE DU PROJET SANTE COMMUNAUTAIRE DU PROGRAMME SANTE DE L'USAID (PSSC) EN 2007 : UNE EVALUATION DU PAQUET DE SERVICES OFFERTS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE PAR UN CONSORTIUM D'ONG DIRIGE PAR CCF SENEGAL DANS 5 REGIONS DU SENEGAL.
52. LES ENQUETES DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES DU SENEGAL (EDS II) : 1993. DAKAR : DPS, 1993.
53. LES ENQUETES DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES DU SENEGAL (EDS III) : 1997. DAKAR : DPS, 1997.
54. LES ENQUETES DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES DU SENEGAL (EDS IV) : 2005. DAKAR : DPS, 2005.
55. LES RAPPORTS D'ACTIVITES DU PROJET PSSC DE L'AN 1 A L'AN 4, DE 2006 A 2009.
56. LES RESULTATS DU SNIS DU MINISTERE DE LA SANTE : COMPILATION DES DONNEES DES STRUCTURES DE SANTE DE 2003 A 2007.
57. LUXDEV, PROGRAMME DE SANTE DE BASE DES TROIS REGIONS DU NORD DES TROIS REGIONS DU NORD.
58. MANUEL DE PROCEDURES DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS – 2011
59. MARGINAL BUDGETING FOR BOTTLENECKS, VERSION (SENEGAL, VERSION JUILLET 2007)

60. MGP AFRIQUE (BANQUE MONDIALE), ETUDE POUR LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE SUIVI DES DEPENSES JUSQU'A DESTINATION AU SENEGAL DANS LE DOMAINE DE LA SANTE, FEVRIER 2003
61. MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, DECRET N° 2009/192/MEF DU 27/02/09 RELATIF AUX REPRISES EN ENGAGEMENT ET AUX REPORTS DE CREDITS DU BUDGET GENERAL
62. MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, DECRET N° 2009/85/MEF DU 30/01/09 RELATIF A LA PREPARATION DU BUDGET DE L'ETAT - REPUBLIQUE DU SENEGAL, RAPPORT SUR LA PERFORMANCE DE LA GESTION DES FINANCES PUBLIQUES, RAPPORT FINAL DU 15 NOVEMBRE 2007 (PEFA)
63. MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, DIRECTION DE LA COOPERATION ECONOMIQUE ET FINANCIERE, PROGRAMME TRIENNAL D'INVESTISSEMENTS PUBLICS 2009/2011 –SOUS SECTEUR 44 « SANTE ET NUTRITION »
64. MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, LETTRE N°3096 DU 23/03/09, ADRESSEE AU DIRECTEUR DES OPERATION POUR LE SENEGAL, BANQUE MONDIALE ET AU REPRESENTANT RESIDENT DU PNUD, PORTANT SUR « LA PREPARATION DE LA REVUE 2009 DU DSRPII »
65. MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MISE EN ŒUVRE DU DSRP – REVUE ANNUELLE CONJOINTE 2009, FEUILLE DE ROUTE, JANVIER 2009
66. MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, REVISION DES INDICATEURS DU DSRP, NOTE METHODOLOGIQUE, JANVIER 2009
67. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DIAGNOSTIC

INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA DSRSE RAPPORT
NOVEMBRE 2014

68. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, CADRE DE DEPENSES SECTORIEL A MOYEN TERME (CDSMT) 2006-2008 (VERSION FINALE, PAS DATEE), 2007-2009 (VERSION FINALE, OCTOBRE 2006) ; 2008-2010 (VERSION PRELIMINAIRE SEPTEMBRE 2007, VERSION FINALE FEVRIER 2008) ; 2009-2011 (VERSION AVRIL 2009) ;
69. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, DIRECTION DE L'ADMINISTRATION GENERALE ET DE L'EQUIPEMENT (DAGE), ARRETE PORTANT NOMINATION D'ADMINISTRATEURS DE CREDITS TITULAIRES ET SUPPLEANTS AU TITRE DE LA GESTION 2009
70. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, DIRECTION DE LA SANTE-PROJET ABT, EVALUATION DES INITIATIVES DE SUBVENTIONS ET DU FONDS SOCIAL, RAPPORT FINAL, SEPTEMBRE 2007
71. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, INITIATIVE FOR MATERNAL MORTALITY PROGRAMME ASSESSMENT, CENTRE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SANTE DE LA REPRODUCTION, EVALUATION DES STRATEGIES DE REDUCTION DES BARRIERES ECONOMIQUES, SOCIOCULTURELLES, SANITAIRES ET INSTITUTIONNELLES A L'ACCES AUX SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX AU SENEGAL (POLITIQUE DE GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS ET DES CESARIENNES), 2007 (PRESENTATION POWER POINT, EVALUATION DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS ET DES CESARIENNES AU SENEGAL, 21 MARS 2008)
72. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, NOTE DE SERVICE N° 014/MSPM/CASPNDU DU 03/01/07 CREANT, DANS LE CADRE DES

ACTIVITES DE L'EQUIPE D'INITIATIVES DE POLITIQUE SANITAIRE, 6
GROUPES DE TRAVAIL

73. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, PLAN DE TRAVAIL
ANNUEL 2008-2009 – REGION DE TAMBACOUNDA
74. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, PLAN NATIONAL
DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2009-2018, VERSION FEVRIER 2009
(EXTRAIT POUR LA DEFINITION DES « PROGRAMMES,
COMPOSANTES ET SOUS COMPOSANTES » DU CDSMT 2009-2011, 30
DECEMBRE 2008)
75. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, PLAN NATIONAL
STRATEGIQUE POUR LA SURVIE DE L'ENFANT 2007-2015, JUILLET
2007
76. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, PROPOSITION DE
CANDIDATURE A L'APPEL A SOUMISSION DE L'INITIATIVE DU
LEADERSHIP MINISTERIEL (ILM) POUR LA SANTE DANS LE MONDE «
UNE INITIATIVE DE POLITIQUE POUR AMELIORER LA
COORDINATION DU PLAN DECENNAL 2009-2018 ET ASSURER
L'EFFICACITE ET L'EQUITE DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE »,
31/03/08 ; PLAN DE TRAVAIL POUR 2009
77. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, RAPPORT DE
PERFORMANCES DU CDSMT-SANTE : ANNEE 2006 (AOUT 2007) ;
ANNEE 2007 (VERSION PROVISOIRE – JUILLET 2008)
78. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, REVUE ANNUELLE
CONJOINTE 2008, 27-28 JANVIER 2009 (CAS-PNDS/MSP) (ENSEMBLE
DES DOCUMENTS)
79. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION
MEDICALE, DOCUMENT DE REFERENCE, ELABORATION DES PLANS

OPERATIONNELS DES COLLECTIVITES LOCALES – SANTE (POCL-SANTE), SEPTEMBRE 2007

80. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION, AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE, COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 2005, RAPPORT PROVISOIRE, FEVRIER 2009
81. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION, CAFSP, RAPPORT DU PROCESSUS D'ELABORATION DE LA REFORME DU CADRE JURIDIQUE DES COMITES DE SANTE : L'AVENEMENT DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (OCDES) (PROJET DE DECRET PORTANT ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT SANITAIRES ET PORTANT STATUT TYPE DE LADITE ORGANISATION, MARS 2007
82. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION, CAFSP, STRATEGIE NATIONALE D'EXTENSION DE LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE AU SENEGAL, 2008
83. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION, CAS PNDS, MAQUETTE PLAN DE TRAVAIL ANNUEL 2009-2010
84. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION, CELLULE D'APPUI AU FINANCEMENT DE LA SANTE ET AU PARTENARIAT (CAFSP), TERMES DE REFERENCE POUR UNE ETUDE D'INGENIERIE INSTITUTIONNELLE ET FINANCIERE POUR LA MISE EN PLACE D'UN FONDS DE SOLIDARITE SANTE AU SENEGAL, 2008
85. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION, SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE, ANNUAIRE STATISTIQUE 2007 (TOMES 1 ET 2), MAI 2008 ; ANNUAIRE 2006, JUILLET 2007

86. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION, SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE, CARTE SANITAIRE (VERSION FINALE 26 DECEMBRE 2008)
87. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, CAFSP, RESULTATS D'UNE MISSION DE CONTROLE DU RESPECT DES MARGES BENEFICIAIRES DANS LES REGIONS DE DAKAR, DIOURBEL ET TAMBACOUNDA, SEPTEMBRE 2006
88. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA PREVENTION ET DE LA PREVENTION MEDICALE, DAGE, ETUDE SUR LA REVUE DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE AU SENEGAL (MGP AFRIQUE), 1997-2002, RAPPORT FINAL DEFINITIF, AOUT 2004
89. MODULE BONNE GOUVERNANCE SANITAIRE PREMIERE EDITION 2008
90. MSAS, ARRETE PORTANT CREATION DE LA CELLULE GENRE DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE.
91. MSAS, ARRETE PORTANT ET FIXANT LES REGLES D'ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA CELLULE GENRE
92. MSAS, ARRETE PORTANT NOMINATION DU COORDONNATEUR DE LA CELLULE GENRE DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE.
93. MSAS, BACKSTOPPING GENRE/MISSION D'APPUI A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITES RELATIVES AU GENRE POUR LE PAGOSAN-CTB
94. MSAS, CADRE DE DEPENSES SECTORIEL A MOYEN TERME, 2012
95. MSAS, CADRE DE DEPENSES SECTORIEL A MOYEN TERME, 2012
96. MSAS, CAPITALISATION DES EXPERIENCES COMMUNAUTAIRES AU

SENEGAL

97. MSAS, CARTE SANITAIRE 2011
98. MSAS, COMPTE RENDU : REVUE ANNUELLE CONJOINTE NATIONALE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE
99. MSAS, COMPTE RENDU REVUE ANNUELLE CONJOINTE NATIONALE DU PNDS
100. MSAS, DECRET N° 98-702 DU 26 AOUT 1998 PORTANT ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE
101. MSAS, DECRET PORTANT CREATION ET FIXANT LES REGLES D'ORGANISATION ET DE FONCTION DE L'AGENCE NATIONALE DE LA MSAS, COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE
102. MSAS, DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA DIRECTION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION ET DE LA SURVIE DE L'ENFANT 2014
103. MSAS, DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE PILOTAGE ET COORDINATION DU PNDS
104. MSAS, DOCUMENT DE PRESENTATION DU DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DE PILOTAGE, DE COORDINATION ET DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PNDS
105. MSAS, DOCUMENT DE PROGRAMMATION PLURIANNUELLE DES DEPENSES/SANTE, 2014-2016
106. MSAS, GUIDE D'ELABORATION DES PLANS DE TRAVAIL ANNUEL
107. MSAS, GUIDE DE LA MOBILITE DU PERSONNEL DE SANTE, DRH/MSAS, 2011.

108. MSAS, GUIDE DU PRESTATAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE DES TRAUMATISMES DUS AUX VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE
109. MSAS, LETTRE CIRCULAIRE RELATIVE A LA MISSION D'AUDIT GENRE.
110. MSAS, LISTE DES POINTS FOCALUX AU NIVEAU CENTRAL ET REGIONAL.
111. MSAS, LOI N° 98-08 DU 2 MARS 1998 PORTANT REFORME HOSPITALIERE.
112. MSAS, LOI N° 98-12 DU 2 MARS 1998, RELATIVE A LA CREATION A L'ORGANISATION ET AU FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE.
113. MSAS, METHODOLOGIE POUR LE RENFORCEMENT DES CAPACITES EN GENRE DES MEMBRES DE LA CELLULE GENRE.
114. MSAS, NOTE DE PRESENTATION DES CANAUX DE COMMUNICATION DU SNEIPS.
115. MSAS, OUTIL D'EVALUATION GENRE NIVEAU OPERATIONNEL: DIAGNOSTIC DES DOMAINES A AMELIORER AU NIVEAU DES REGIONS MEDICALES ET DISTRICT SANITAIRE.
116. MSAS, PLAN D'ACTION NATIONAL DE PLANIFICATION FAMILIALE 2012-2015.
117. MSAS, PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE.
118. MSAS, PLAN STRATEGIQUE DE SANTE SEXUELLE ET DE REPRODUCTION DES ADOLESCENT-E-S AU SENEGAL (2014-2018).
119. MSAS, POLITIQUE NATIONALE DE SANTE COMMUNAUTAIRE 2013.

120. MSAS, POLITIQUE NATIONALE DU GENRE ET VIH/CNLS-SENEGAL.
121. MSAS, POLITIQUE NATIONALE SUR GENRE ET VIH.
122. MSAS, POLITIQUE NATIONALE SUR LE VIH.
123. MSAS, PROFIL DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTE DU SENEGAL,
124. MSAS, PROJET DE DECRET PORTANT ORGANISATION DU MSAS
VERSION DU 31 JUILLET 2012
125. MSAS, RAPPORT DE CAPITALISATION DES EXPERIENCES
COMMUNAUTAIRES AU SENEGAL.
126. MSAS, RECOMMANDATIONS RAC 2015.
127. MSAS, REFERENTIEL DU PNL 2011.
128. MSAS, SITUATION DES POINTS FOCALIS DE DISTRICTS A LA DATE
DU 07 NOVEMBRE 2014
129. MSAS/SUPPORT POUR LE RENFORCEMENT DES CAPACITES DES
MEMBRES DE LA CELLULE GENRE
130. MSP : ZHO UNFPA UNICEF : ATELIER REGIONAL INTER AGENCES
POUR L'OPERATIONNALISATION DES FDR NATIONALE POUR LA
REDUCTION DE LA MORTALITE MATERNELLE ET NEONATALE DU 25
MAI AU 1ER JUIN 2007
131. NOTE DE SERVICE N°006058 DU 6 SEPTEMBRE 2005 PORTANT SUR
LA MARGE BENEFICIAIRE ET LA REPARTITION DES RECETTES
132. OMS, GUIDE DES RESSOURCES EN MATIERE DE PALUDISME SELON
UNE PROBLEMATIQUE HOMME-FEMME.
133. OMS, INCLURE DES HOMMES ET DES GARÇONS DANS LA LUTTE
CONTRE LES INEGALITES DE GENRE EN MATIERE DE SANTE :

ENSEIGNEMENTS TIRES DES PROGRAMMES D'INTERVENTION.

134. OMS, INTEGRER DANS L'ACTION DE L'OMS, DES APPROCHES SOUCIEUSES D'EQUITE ENTRE LES SEXES.
135. OMS, STRATEGIE POUR L'INTEGRATION DE L'ANALYSE DES SPECIFICITES DE CHAQUE SEXE ET D'UNE DEMARCHE SOUCIEUSE D'EQUITE ENTRE HOMME ET FEMME DANS LES ACTIVITES DE L'OMS.
136. PLAN D'ACTION MONDIAL CONTRE LE PALUDISME (2005 -2015)
137. PLAN D'ELIMINATION DE LA TME
138. PLAN DE SUIVI EVALUATION DU PNDS 2
139. PLAN MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME: RECAPITULATIF DE LA POLITIQUE DE L'OMS, MAI 2010
140. PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL DU SENEGAL (PNDS 2009-2019)
141. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2001-2005
142. PLAN STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 2006-2010
143. PROGRAMME NATIONAL DE BONNE GOUVERNANCE (PNBG II) MAI 2007
144. PROGRAMME NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS II) 2009-2018
145. PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME 1995-1997
146. PROGRAMME SANTE USAID SANTE COMMUNAUTAIRE.

147. RAPPORT D'ACTIVITES ANNUEL DE 2009 DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER D'ENFANTS ALBERT ROYER DE FANN. DOCUMENT DE TRAVAIL DU SERVICE D'INFORMATION MEDICALE DU CHNEAR.
148. RAPPORT DE LA COMMISSION « ORGANISATION DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION » DANS LE CADRE DE L'ELABORATION DU PNDS 2009-2018
149. RAPPORT DE PERFORMANCE DU CDSMT 2010
150. RAPPORT DE REVUE DES PERFORMANCES DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME
151. RAPPORT DE SITUATION 2014 SUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE DANS LE MONDE.
152. RAPPORT DE SITUATION SUR LES OMD - REPUBLIQUE DU SENEGAL : CNS 2005 PUBLIE EN 2011 - REPUBLIQUE DU SENEGAL : CNS : COMPOSANTE SR PUBLIE EN 2011
153. RAPPORT PROVISOIRE DE L'ANALYSE SITUATIONNELLE POUR L'INTRODUCTION DES NOUVELLES DIRECTIVES (SRO-NF ET ZINC) DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DIARRHEE AU SENEGAL ; JUIN 2008.
154. RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT, DE L'AGRICULTURE ET DE L'ELEVAGE (RGPHAE) 2013
155. REPUBLIQUE DU SENEGAL MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : L'INITIATIVE BAJENU GOX
156. REPUBLIQUE DU SENEGAL : CNS : COMPOSANTE SR PUBLIEE EN 2011
157. REPUBLIQUE DU SENEGAL : CNS 2005 PUBLIE EN 2011

158. REPUBLIQUE DU SENEGAL : DOCUMENT DE PROJET SUR LA RBF A
EXPERIMENTER AU SENEGAL ET RAPPORT DE L'ATELIER
159. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA FAMILLE :
STRATEGIE NATIONALE D'EGALITE ET DU GENRE (SNEEG)
160. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE : BILAN 2010
PNDS
161. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE : CDSMT :
2011-2015
162. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE : CDSMT
ANNUEL 2006 A 2011 ET RAPPORTS DE PERFORMANCES
163. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE : PNDS 2009-
2018
164. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE : POLITIQUE
DES SERVICES DE SR FEVRIER 2012
165. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE : POLITIQUE,
NORMES ET PROTOCOLES EN SR/ DV
166. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE :
PROTOCOLES DES SERVICES SR
167. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE : RAC 2010 -
REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE : PNSE
168. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE : RDP 2003-
2010
169. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'ACTION SOCIALE : STRATEGIE NATIONALE DE LA SR 2012

170. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE ; PLAN D'ACTION NATIONALE PLANNING FAMILIAL 2013 – 2015
171. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : CARTE SANITAIRE
172. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : DSR : RAPPORT ANNUEL 2010 ET DRAFT 2011
173. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : LOIS DE FINANCES 2005 A 2011
174. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : PARTENARIAT PUBLIC PRIVE
175. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES 2010
176. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : PLAN NATIONAL DE SR
177. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : PNDS 2009 2018
178. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : PNDS 2009 2018
179. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : RAPPORT SUR LES CESARIENNES ET LA PEC DES ACCOUCHEMENTS 2007
180. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : RAPPORTS STATISTIQUES 2007 A 2010

181. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : SITUATION DE LA POLITIQUE DE MOTIVATION DES PERSONNELS DE SANTE
182. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DIRECTION DE LA PHARMACIE ET DES LABORATOIRES : GUIDE DES BONNES PRATIQUES DE DISTRIBUTION EN GROS DES MEDICAMENTS
183. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DIRECTION DE LA PHARMACIE ET DES LABORATOIRES : LISTE NATIONALE DES MEDICAMENTS ET DES PRODUITS ESSENTIELS AU SENEGAL REVISION DE 2008 ET 2013
184. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DIRECTION DE LA PHARMACIE ET DES LABORATOIRES : PLAN NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT PHARMACEUTIQUE 2010-2014
185. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DIRECTION DE LA PHARMACIE ET DES LABORATOIRES : POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE-OCTOBRE 2008
186. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DIRECTION DE LA PHARMACIE ET DES LABORATOIRES ET OMS : CARTOGRAPHIE ET EVALUATION APPROFONDIE DU SECTEUR PHARMACEUTIQUE AU SENEGAL : RAPPORT FINAL NOVEMBRE 2007
187. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DIRECTION DE LA PHARMACIE ET DES LABORATOIRES ET OMS : EVALUATION DU SECTEUR PHARMACEUTIQUE AU
188. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA

- PREVENTION POLITIQUE DE CONTRACTUALISATION DANS LE
SECTEUR DE LA SANTE : OCTOBRE 2004
189. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA
PREVENTION PROJET OPTIMIZE : ETUDE SUR LA FAISABILITE DE
L'INTEGRATION DES VACCINS DU PEV ET DES AUTRES
MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE DANS LE SYSTEME
D'APPROVISIONNEMENT DE LA PNA : RAPPORT FINAL - SANTE PLUS
-HODAR CONSEIL FEVRIER 2010
190. REPUBLIQUE DU SENEGAL : MINISTERE DE LA SANTE NORMES DE
SR NOVEMBRE 2012
191. REPUBLIQUE DU SENEGAL- MINISTERE DE LA SANTE CARTE
SANITAIRE 2011
192. REPUBLIQUE DU SENEGAL- MINISTERE DE LA SANTE
CARTOGRAPHIE ET EVALUATION APPROFONDIE DES SYSTEMES
D'APPROVISIONNEMENT PHARMACEUTIQUE AU SENEGAL, 2007
193. REPUBLIQUE DU SENEGAL- MINISTERE DE LA SANTE COMPTE
NATIONAUX DE LA SANTE 2006-2008
194. REPUBLIQUE DU SENEGAL MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA
PREVENTION PROGRAMME D'INVESTISSEMENTS SECTORIELS SANTE
2011-2015(PIS)
195. REPUBLIQUE DU SENEGAL- MINISTERE DE LA SANTE PLAN
DIRECTEUR PHARMACEUTIQUE NATIONAL
196. REPUBLIQUE DU SENEGAL- MINISTERE DE LA SANTE PLAN
NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT
197. REPUBLIQUE DU SENEGAL- MINISTERE DE LA SANTE PLAN
NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE II 2009-2018

198. REPUBLIQUE DU SENEGAL- MINISTERE DE LA SANTE PLANS STRATEGIQUES DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET LA TUBERCULOSE.
199. REPUBLIQUE DU SENEGAL- MINISTERE DE LA SANTE POLITIQUE PHARMACEUTIQUE NATIONALE
200. REPUBLIQUE DU SENEGAL, CADRES DE DEPENSES A MOYEN TERME (GLOBAL) 2006-2008 (PAS DATE), 2007-2009 (NOVEMBRE 2006), 2008-2010 (PAS DATE)
201. REPUBLIQUE DU SENEGAL, DOCUMENT DE STRATEGIE POUR LA CROISSANCE ET LA REDUCTION DE LA PAUVRETE 2006-2010 (DSRP II), ETAT D'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU DSRP-2 EN 2007, RAPPORT DE SYNTHESE, JUIN 2008
202. REPUBLIQUE DU SENEGAL, DOCUMENT DE STRATEGIE POUR LA CROISSANCE ET LA REDUCTION DE LA PAUVRETE 2006-2010 (DSRP II), OCTOBRE 2006
203. REPUBLIQUE DU SENEGAL, LOIS DE FINANCES GESTION 2006, GESTION 2007, GESTION 2008, GESTION 2009 (DETAIL SECTION 54, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION)
204. REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : EVALUATION A MI PARCOURS DE LA FEUILLE DE ROUTE MULTISECTORIELLE POUR ACCELERER LA REDUCTION DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE MATERNELLES ET NEONATALES AU SENEGAL : PERIODE 2006- 2015, NOVEMBRE 2011 - EDS I II III IV EDS 2011 : RESULTATS PROVISOIRES - EVALUATION NATIONALE DE LA DISPONIBILITE, L'UTILISATION ET LA QUALITE DES SOU, DSR/UNFPA ,2005

205. REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : EVALUATION A MI PARCOURS DE LA FEUILLE DE ROUTE MULTISECTORIELLE POUR ACCELERER LA REDUCTION DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE MATERNELLES ET NEONATALES AU SENEGAL : PERIODE 2006- 2015, NOVEMBRE 2011
206. REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : EVALUATION DES BESOINS EN SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATAUX D'URGENCES AU SENEGAL : PERIODE 2012- 2013, DECEMBRE 2014
207. REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : FEUILLE DE ROUTE MULTISECTORIELLE POUR ACCELERER LA REDUCTION DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE MATERNELLES ET NEONATALES AU SENEGAL : PERIODE 2006- 2015, NOVEMBRE 2006
208. REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION : FEUILLE DE ROUTE MULTISECTORIELLE POUR ACCELERER LA REDUCTION DE LA MORTALITE ET DE LA MORBIDITE MATERNELLES ET NEONATALES AU SENEGAL : PERIODE 2006- 2015, NOVEMBRE 2006
209. REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION DRH/PNDRHS
210. REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MANUEL DE REFERENCE DU SNIS
211. REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MANUEL ILLUSTRATIF DES 5 S JUILLET 2013
212. REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION PLAN STRATEGIQUE DE SANTE SEXUELLE ET DE LA

REPRODUCTION DES ADOLESCENTS/JEUNES AU SENEGAL 2014-2018

213. REPUBLIQUE DU SENEGAL, SUIVI DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT, 2EME EDITION, UN MONDE MEILLEUR POUR TOUS, SEPTEMBRE 2007
214. REVIEW OF COSTING TOOLS RELEVANT TO THE HEALTH MDGS, MEETING REPORT – TECHNICAL CONSULTATION, 810 JANUARY 2008, SALY PORTUDAL, SENEGAL WORLD HEALTH ORGANIZATION, THE PARTNERSHIP FOR MATERNAL, NEWBORN & CHILD HEALTH
215. SENEGAL : PLAN D’ACCELERATION DE LA FDR
216. SENEGAL : PLAN D’ACCELERATION DE LA FDR 2012
217. SENEGAL : RAPPORT D’ENQUETE OCTOBRE 2003
218. SERVICE NATIONAL DE L’INFORMATION SANITAIRE : LES ANNUAIRES STATISTIQUES DE 2003 A 2006 : VERSION FINALE. DAKAR : SNIS, 2003-2006.
219. STRATEGIE ET RESSOURCES NECESSAIRES POUR L’ATTEINTE DES OMD 4 ET 5 AU SENEGAL (AVEC L’APPUI DE L’UNICEF) (VERSION AVRIL 2009)
220. UNICEF, PLAN D’ACTION 2014-2017 POUR L’EGALITE DES SEXES.
221. USAID BANQUE MONDIALE EVALUATION DU SECTEUR PRIVE DE LA SANTE AU SENEGAL A TRAVERS QUELQUES EXEMPLES D’OFFRES DE PRODUITS ET DE PRESTATIONS DE SERVICES JANVIER 2016
222. USAID, EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL, RESULTATS PRELIMINAIRES PRESENTES LE 6 NOVEMBRE 2008 AU MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION

223. WHO APERÇU GENERAL DE L'OUTIL POUR LA REVUE RAPIDE DE
PROGRAMME DE SANTE MATERNELLE ET NEONATAL ADAPTE POUR
LE PROCESSUS DE REVUE DES FDR: 5 NOVEMBRE 2010

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

N	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE
1	Ibrahima Wone	SG/MSAS
2	Dr Mady Ba	Coordonnateur PNLP
3	Dr Mamadou Ndiaye	DP
4	Mr Saliou Diallo	ex DES
5	Ndeye Mingué Gackou	Coordonnatrice Cellule GENRE /MSAS
6	Dr BOP	DES
7	MME Binetou Yade	Chef Division EPS
8	Mr Matar Ba	Chef Division Législation DES
9	Assane Sakhanokho	Analyste Financier en Finances Publiques USAID/DAGE
10	Dr Moustapha Sakho	Groupe ISSA
11	Dr Khemesse Ndiaye	DLM
12	Mr Moussa Mbaye	ex SG/MSAS
13	Dr Mor Ngom	directeur de la planification, Etudes et Suivi Evaluation ACMU
14	Pr Mamadou Bèye	directeur du SAMU National
15	Dr Henriette Diop	Chef Division secteur privé DES
16	MME Aissatou Ngom	Chef Cellule Passation des marchés
17	Mr Alphonse Thiaw	Service Législation et des Visas
18	Youssouph Sagna	DPRS/Division Planification
19	Mme N deye Coumba Guissé Dramé	DAGE
20	MR Mass Bocoum	DAGE
21	MME Loume Division des marchés	DAGE
22	El hadji Wague Division matériel et transit	DAGE
23	MME Coumba Wade	DPPGV/DGAS
24	MR Mamadou Lamine Faty	DPPPH/DGAS

25	PR Mbayang Ndiaye Niang	CIRET/UCAD/CT/Télémédecine /MSAS
26	Mme Sylla	DP/DAGE
27	Dr Athie	ACDEV
28	MME Ndeye Wade Diop coordonnatrice	Initiatives Palu/CHILD FUND
29	MR Tossou Zaccharie directeur opérations et Finances	CHILD FUND/Adjt chef projet adm et fin
30	Mr Samba Cor Sarr	Chef Division Recherches DPRS
31	Mr Doulo Der	DR/DPRS
32	Mr Lamine Mané	DR/DPRS Chef Bureau Ethique
33	Mme Haby Coumba Sarr	Chef Division Planification et S/E/DPRS
34	DR Amadou Djibril Ba	DPRS
35	Mr Malicke Seydi	DRH
36	PR Boubacar Camara	CHU Pikine pdt CME
37	Ndeye Fatou Ndiaye	Chef Division Partenariat DPRS
38	DR Daff	DSRSE
39	MME Arame Ndiaye Suivi Evaluation	DSRSE
40	PR Aida Sylla	DLM
41	Pr Abou Niang	Centre de Néphrologie HALD
42	MME Awa Ndiaye	DIEM
43	MME Fall chef Division maintenance	DIEM
44	MR Fofana Division Infrastructures	DIEM
45	Mr Ibrahima Camara Chef Bureau Gestion	DIEM
46	Mr Cheikh Diagne Division Infrastructures	DIEM
47	Mr Elhadji Abdoul Aziz Fall	Directeur PMAS
48	Amacodou Diouf	CONGAD
49	DR Fadel Kane	Chef des Projets Santé/PSE/MSAS
50	Pr Bara Diop	Directeur du Centre Africain de Télémédecine
51	Dr Shimizu Toshiyasu	CT/Coopération japonaise/MSAS
52	MR Badou Aw	Coordonnateur Cellule de Médecine Traditionnelle DGS

53	MME Diop Nancy Diakhaté	Division Planification/DPRS
54	DR Serigne Fallou Sène	DLM/MTN
55	Dr Makhtar Camara	CT/DGS
56	DR Ndeye Ndiaye Konaté	Chef du PNQ
57	DR Ppae Amadou Diack	DGS
58	ME Soukandella Diouf	DRH
59	Bamba Ndiouck	DAGE
60	DR Dia	DSIS
61	DR Ousseynou Ka chef bureau santé des personnes âgées/	DLM
62	Mr Alain Diédhiou	DPRS
63	Mr Abdoulaye Faye	DPRS
64	Mr Georges Fon Amah	Chef Bureau santé VIH/Eau/Ass/Nutrition/UNICEF
65	Dr Marième Sylla Diène /	UNICEF
66	Dr Syaka Coulibaly	DSIS/DPRS
67	DR Massata Niang	CT/Ministère Agriculture
68	Mr Papa Ibrahima Diack	Informaticien –SEDA/S/E/DSRSE
69	DR Malang Coly	OMS
70	DR Aliou Diallo	OMS
71	Mr Mame Abdoulaye Guèye	OMS
72	MR Ousmane Diallo	OMS
73	Barthélémy Sène	OMS
74	DR Mamadou Ngom	EDM/OMS
75	Dr Mariétou Diop	SMNI/ADO/OMS
76	Khalifa Mbengue	Chargé de la Promotion de la Santé/OMS
77	Madiop Bitèye	Division S/E DES
78	Djibril Dièye	chef Division S/E/DES
79	MR Ousmane Dia	SIM/DES
80	Aliou DIAGNE,	Superviseur Régional SSP
81	Marie Gassama	DAGE
82	DR Aloyse Diouf	Chef SNEIPS

83	El Hadji Diagne	Chef Division Formation DRH
84	DR Mame Cor Ndour	ABT Assoc
85	Mr Mbaye Sène	ABTAssoc
86	Dr Coumba Faye Diouf	Chef Bureau Prophylaxie Collective et Prophylaxie et Bien Etre animal /Point focal santé multisectorialité M. Elevage et des Productions Animales
87	Dr Sély Kane Wane	Chargée de programmes SR/UNFPA
88	Dr Ndèye Fatou Ndiaye	Coordinatrice Sécurisation des produits SR/UNFPA
89	Cheikh Ba	Coordonnateur Programme Luxembourg /Jeunes/UNFPA
90	DR Moussa Diakhaté	Conseiller SIS/USAID
91	Bryan Sakagawa	Chef Bureau Santé /USAID
92	DR Fatou Ndiaye	MCH/FP Spécialiste/USAID
93	MR Babacar Lo Conseiller	RSS/USAID
94	DR Hassane Yaradou	USAID
95	Dr Amy Diarra Lo	DPM
96	M ABASSE NDOUR	ARD de kolda
97	M.Abdoul HANNE	
98	M. MAMADOU BA	ARD de Matam
99	M. Amadou Tidiane DIAO	Union de Mutuelles de santé
100	URMSK	(Union régionale des Mutuelles de santé de Kolda)
101	M.Cheikh VILANE	Union de Mutuelles de santé URMS K (Union régionale des mutuelles de santé de Kaffrine)
102	M. DEMBA MAME NDIAYE	Union de Mutuelles de santé
103	M. Ibrahima SENGHOR	Union de Mutuelles de santé UDAM (Union Départementale d'Assurance Maladie) de Kounghoul,
104	Dr Abib NDIAYE	Médecin Chef de Région
105	Mr Dame FALL,	Superviseur Régional SSP
106	Dr Angele MALOU	Chef de la PRA Tamba
107	Mme Khady SOW BA	Coordonnatrice régionale en SR
108	Dr Aboubacry KABA	Médecin Chef du DS de Goudiry
109	Dr Amadou DOUCOURE	Médecin Chef de Région
110	Mr Cyprien Antoine BALO	Adjoint Administratif au Gouverneur de Region

111	Mr Ousseynou FALL	Superviseur Régional SSP
112	Dr Sidy Amar	Medecin Chef du DS de Kounghoul
113	Mme Maimounna NDIAYE DIENG	Coordonnatrice en SR du DS de Birkilane
114	Dr Birahim SECK	Médecin Chef du DS de Birkilane
115	Mme Oulimata NDIAYE	Coordonnatrice en SR du DS de Kounghoul
116	Mme Reine Marie COLY	Coordonnatrice SR Régionale Kolda
117	Djibril GUISSSE	Coordonnateur IME Kolda
118	Mme Lary CISSE	Chargée de programme IEC. CCA Kolda
119	Babacar SY	Coordonnateur CCA Kolda
120	Henri FAYE	Superviseur SSP Régional Kolda
121	Abdoulaye MANGANE	Médecin chef du district de Kolda
122	Salif CAMARA	Relais communautaire CCA Tambacounda
123	Mlle Sousaba CISSE	Aide-laborantine CCA Tambacounda
124	Mlle Mariama SEYDI	Paire-éducatrice CCA Tambacounda
125	Madou CISSE	Coordonnateur CCA Tambacounda
126	Mme Oulimata NDIAYE	Coordonnatrice SR District de Kounghoul
127	Moussa NDIAYE	Infirmier IME-Kaffrine
128	Babacar DIOP	Psychologue-conseiller CAOPS-Kaffrine
129	Wandifa MANE	Point focal GEEP-Département de Kaffrine
130	Cheikh GUEYE	Coordonnateur CCA Matam
131	Fatima DIALLO	Assistante sociale Centre de santé Kanel
132	Thioro FAYE	Coordonnatrice SR District de Touba
133	Awa SAMB	Coordonnatrice SR Régionale Diourbel
134	Aliou DIAGNE,	Superviseur Régional SSP/Matam
135	Dr Masserigne NDIAYE	Médecin Chef de Région de Diourbel
136	Mme Yacine LO	Superviseur SSP, DS de Touba
137	Dr Bernabé GNING	Médecin Chef de Région de Kolda
138	Dr Abib NDIAYE	Médecin Chef de Région de Tambacounda
139	Dr Amadou DOUCOURE	Médecin Chef de Région de Kaffrine
140	Infirmiers chefs de Poste ou sages-femmes	18 infirmiers chefs de poste ou sages-femmes exerçant dans un poste de santé urbain ou rural dans les 6 régions cibles

		EMP-PNDS
141	Mme Reine Marie COLY	Coordonnatrice SR Régionale Kolda
142	Djibril GUISSÉ	Coordonnateur IME Kolda
143	Mme Lary CISSE	Chargée de programme IEC. CCA Kolda
144	Babacar SY	Coordonnateur CCA Kolda
145	Henri FAYE	Superviseur SSP Régional Kolda
146	Abdoulaye MANGANE	Médecin chef du district de Kolda
147	Salif CAMARA	Relais communautaire CCA Tambacounda
148	Mlle Sousaba CISSE	Aide-laborantine CCA Tambacounda
149	Mlle Mariama SEYDI	Paire-éducatrice CCA Tambacounda
150	Madou CISSE	Coordonnateur CCA Tambacounda
151	Mme Oulimata NDIAYE	Coordonnatrice SR District de Kounghoul
152	Moussa NDIAYE	Infirmier IME-Kaffrine
153	Babacar DIOP	Psychologue-conseiller CAOPS-Kaffrine
154	Wandifa MANE	Point focal GEEP-Département de Kaffrine
155	Cheikh GUEYE	Coordonnateur CCA Matam
156	Fatima DIALLO	Assistante sociale Centre de santé Kanel
157	Thioro FAYE	Coordonnatrice SR District de Touba
158	Awa SAMB	Coordonnatrice SR Régionale Diourbel
159	Aliou DIAGNE,	Superviseur Régional SSP/Matam
160	Dr Masserigne NDIAYE	Médecin Chef de Région de Diourbel
161	Mme Yacine LO	Superviseur SSP, DS de Touba
162	Dr Bernabé GNING	Médecin Chef de Région de Kolda
163	Dr Abib NDIAYE	Médecin Chef de Région de Tambacounda
164	Dr Amadou DOUCOURE	Médecin Chef de Région de Kaffrine
165	Dr Bernabé NGNING	MEDECIN CHEF DE REGION DE KOLDA
166	Dr BOB	Directeur CHR de Kolda
167	M.Mamadou NDIAYE B.	Directeur CHR de Ourosogui
168	M. El Hadji Amadou DIENG	Directeur C. CHR de Diourbel
169	M. SIDIBE	(adjt) Mairie de Kolda

170	M. MALICK BA	Mairie de Matam
171	M. Bourama KANTE	Mairie de Tambacounda
172	M. BIRAME NDIAYE	Mairie de Diourbel
173	Ousseynou MBAYE	Gouverneur de Kolda (Adjoint
174	Ibra MBODJ	Préfet de Tambacounda
175	M.ABDOURAHMANE NDIAYE	Préfet de Kaffrine
176	M. DIADIA DIA	Préfet de Matam
177	M. IBRAHIMA FALL	Préfet de Diourbel
178	Magatte Diagne	Direction régionale l'Action sociale de Kolda
179	M. OUMAR LEYE	Direction régionale de l'Action sociale de Matam
180	M.BIRAHIM CAMARA	Direction régionale de l'Action sociale de Tambacounda
181	M. Mbaye FAYE	Direction régionale de l'Action sociale de Kaffrine
182	Mme OUMAR DIOP	service départemental de l'Action sociale Diourbel
183	Dr Ibra SENE	USAID de Kolda
184	M. André FAYE	Word Vision de Kolda
185	M. Waly D. SAGNE	

ANNEXE 2 :

LISTE DES FOCUS GROUPS TENUS DANS LES 6 REGIONS

- Hopital Matlawoul Fawzini
- PSU Pont
- PSR Kahi
- PSR de Ndangalma
- PSR de anthiou Mmamadou Bocar
- PSU Koungheul
- PSU Keur Mbaye Sarr
- Hopital de Kaffrine
- Hopital deTamba
- Hopital Youssou Mbargane
- Hopital de Kolda
- PSR de Dioulacolon
- PSR de Ouoro Sidy
- Hopital de Ourossogui
- PSU de Sikilo
- PSU de Soubalo
- PSR de Mbambilor
- PSR de Nimzatt
- Hopital Roi Baudoin

ANNEXE 3 :

TERMES DE REFERENCE ÉVALUATION A MI-PARCOURS DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2009-2018

- **Contexte et justification**

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

D'un budget total de 2573,88 milliards de FCFA dont 1659,1 milliards prévus sur les ressources de l'Etat, 160 milliards à travers l'appui des Partenaires Techniques et Financiers et le reste à travers la participation des populations et des collectivités locales, ce plan décennal repose sur la vision d'un « Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif ».

La mise en œuvre du PNDS poursuit les objectifs nationaux et internationaux en matière de santé notamment les objectifs de la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES) et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Il s'agit plus spécifiquement de :

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

Conformément à la vision et aux objectifs, les stratégies d'intervention identifiées pour la mise en œuvre du PNDS sont tournées vers la réalisation du bien être des familles par l'amélioration de la qualité de l'offre de services. Il s'agit de :

- Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto-juvéniles ;
- Amélioration de la promotion de la santé ;
- Renforcement de la prise en charge curative;
- Renforcement de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte ;
- Développement des ressources humaines ;
- Renforcement des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance ;
- Amélioration de la disponibilité des médicaments et produits médico-chirurgicaux ;
- Renforcement du système d'information et de la recherche ;
- Promotion de la gestion axée sur les résultats ;
- Amélioration des capacités du secteur en matière de planification et de gestion administrative et financière ;
- Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

Pour mieux prendre en charge l'action sociale dévolue au département de la santé en 2012, un cinquième objectif sectoriel a été introduit dans le CDSMT- santé. Cet objectif est formulé comme suit : "améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables". Trois orientations stratégiques relatives à ce nouvel objectif ont été rajoutées aux onze du départ, portant ainsi le total d'orientations stratégiques du PNDS à quatorze.

Pour atteindre ces objectifs, le PNDS est assorti d'un Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT) utilisé jusqu'ici comme pendant sectoriel du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), reposant sur une planification triennale glissante sur la base de laquelle sont projetés les besoins de financement. Outil

d'opérationnalisation du PNDS, le CDSMT est mis en œuvre à travers le Plan de Travail Annuel (PTA).

Le PNDS donne les grands axes d'intervention de la stratégie nationale sanitaire, mais n'est pas assez précis pour constituer un cadre programmatique conjoint. Ainsi, s'est-il avéré nécessaire de le traduire en un Programme d'investissement sectoriel (PIS) 2011-2015.

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

Le PIS permet de mieux tirer profit du CDSMT en améliorant la prévisibilité des investissements en termes de réalisation ou de réhabilitation d'infrastructures sanitaires, de renouvellement des équipements et de dotation des formations sanitaires en personnels de santé.

Les mécanismes de suivi et d'évaluation du PNDS prévoient qu'une revue à mi-parcours soit organisée dès que le programme arrive au milieu de son exécution c'est-à-dire en 2014.

En plus, le secteur a connu tellement d'évolutions importantes au cours de cinq (5) premières du PNDS qu'il est tout à fait indiqué/justifié d'en faire le point pour des orientations idoines de la seconde phase de son opérationnalisation. Au nombre de ces évolutions, l'on retiendra :

- le rattachement de l'Action Sociale au Ministère de santé (déjà mentionné plus haut) portant le nombre d'objectifs sectoriels de quatre à cinq et celui d'orientations stratégiques de onze à quatorze ;

- le lancement de la couverture maladie universelle (CMU). A la faveur du changement intervenu en 2012, l'accès de tous les sénégalais, de toutes les conditions socio-économiques, des villes comme des campagnes, à des services socio-sanitaires de qualité, a été hissée au rang des priorités comme en atteste l'engagement pris par le Chef de l'Etat de rendre effectif la Couverture Maladie Universelle (CMU). Pour atteindre cet objectif, le MSAS a initié une réflexion globale sur le financement de la demande de santé en collaboration avec tous les acteurs concernés par cette question pour améliorer la performance des nombreux dispositifs de couverture du risque maladie existants mais dispersés dans plusieurs secteurs ou envisager la mise en place de nouveaux mécanismes. Cette réflexion a abouti à

l'élaboration d'une Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie dont l'objectif est de porter le taux de couverture en assurance maladie de 20 à 50% en 2015.

- les Concertations Nationales sur la Santé et l'Action Sociale organisées en 2013 afin de traduire dans la réalité la volonté politique d'apporter des réponses aux énormes défis en matière de santé et les réformes hardies à entreprendre afin d'améliorer l'offre de services et la gouvernance sanitaire. Cet exercice, qui s'est déroulé de façon inclusive avec la participation de tous les acteurs a abouti à un consensus national autour des réformes à entreprendre dans le secteur de la santé et de l'action sociale pour renforcer de façon durable l'accès à des services de santé de qualité dans un contexte de gouvernance améliorée et de gestion axée sur les résultats. La commission "Gouvernance" de ces assises a fortement recommandé que la réforme du district sanitaire soit entreprise dans le cadre de la réorganisation du ministère de la santé et de l'action sociale.

- le nouveau code des collectivités locales consacrant l'acte III de la décentralisation avec la communalisation intégrale, l'érection du département en collectivités locales et la suppression de la région collectivité local vient s'ajouter à cette liste de justificatifs de la réforme du district.

- les évolutions récentes du secteur, en l'occurrence l'adhésion au Partenariat Mondial pour la Santé (IHP+) et à l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA), la mise en place de la plateforme RSS, la signature du Compact, la fin de l'échéance des OMD etc.

Ces principales évolutions en lien avec ce qui précède, plaident suffisamment en faveur de l'évaluation à mi-parcours du PNDS courant 2014.

- Objectifs de l'évaluation à mi-parcours du PNDS

- Objectif Général

La revue à mi-parcours du PNDS est une étude portant sur l'examen du processus de mise en œuvre et des résultats obtenus.

L'objectif général de cette évaluation est de mesurer les progrès réalisés à mi-chemin dans l'atteinte des objectifs du PNDS 2009-2018 et faire des recommandations pertinentes pour améliorer la performance".

- Objectifs Spécifiques

Plus particulièrement, il s'agit de :

- Apprécier la pertinence des objectifs, stratégies et instruments de mise en œuvre du PNDS 2009-2018 en mettant le focus sur le processus CDSMT/DPPD et le processus Compact/PIS ;
- Faire le point sur l'évolution des indicateurs d'impact, de résultats et de processus du PNDS et du CDSMT- santé entre 2008 et 2013 et analyser les résultats obtenus en tenant compte du niveau de mobilisation des ressources prévues ;
- Formuler des recommandations pertinentes pour améliorer la mise en œuvre du PNDS et réaliser les objectifs fixés d'ici 2018.

- Produits attendus

Les produits attendus des Consultants de la présente évaluation sont les suivants :

- l'aide-mémoire pour soutenir la restitution,
- le rapport provisoire et
- le rapport final selon la structure et le format indiqués

- Critères et questions à traiter par l'évaluation

Les consultants devront étudier les critères de l'évaluation suivants : pertinence/cohérence, efficacité, efficience, durabilité.

- Efficacité
- Les cibles fixées sont-elles réalistes pour l'horizon décennal 2009-2018 du PNDS en tenant compte notamment des ressources mobilisables?
- Est-ce que les activités mises en œuvre sont appropriées ?
- Quelle est la situation des indicateurs d'impact du PNDS en fin 2013 en mettant le focus sur les OMD ?

- Est-ce que la mise en œuvre du PNDS est conforme à ce qui a été prévu ?
- Est-ce que les groupes cibles visés sont atteints ?
- Quelle est la situation des principaux indicateurs de résultats CDSMT en fin 2013 ?
- Les organes de coordination du CDSMT ont-ils été opérationnels ?
- Est-ce que le CDSMT a apporté des améliorations dans le processus de planification annuelle, dans l'élaboration du budget et dans les relations MSAS/MEF ?
- Les mécanismes de suivi et d'évaluation du PNDS, ont-ils été opérationnels ? quid de la régularité ? de la participation de toutes parties prenantes ? de l'efficacité ? du suivi des décisions ?
- Dans quelle mesure le PNDS a permis aux femmes et aux hommes d'accéder de manière équitable aux services et infrastructures mis en place ?
- Efficience
- Les ressources mobilisées (ressources financières et ressources humaines) ont-elles été adéquates au cours de la période sous revue en référence au budget prévisionnel du PNDS et aux prévisions du PNDRH ?
- Les résultats obtenus auraient-ils pu être atteints avec des moyens plus économes ?
- Aurait-il été possible d'obtenir les résultats dans de meilleurs délais ?
- Pertinence/cohérence
- Les objectifs du PNDS sont-ils jugés pertinents avec le recul au vu du diagnostic de la situation sanitaire du Sénégal établi en 2008 ?
- Les stratégies du PNDS sont-elles adaptées à la politique nationale de santé et plus généralement au contexte politique et socioéconomique du Sénégal ?
- Quels ont été les apports de la carte sanitaire et du PIS dans l'amélioration de programmation des investissements réalisés dans le cadre du PNDS-CDSMT ?

- Quel a été l'apport du Compact dans l'alignement des interventions des partenaires aux objectifs du PNDS ?
- Dans quelle mesure le CDSMT a-t-il permis de mettre en œuvre le PNDS de façon efficace?
- Durabilité
- Les acteurs aux central et opérationnels se sont-ils bien appropriés le processus d'élaboration du CDSMT ?
- Le PTA, outil d'opérationnalisation du CDSMT, est- il jugé pertinent ?
- Est-ce que les acteurs aux niveaux central et opérationnel maîtrisent bien cet outil ?
- Dans quelle mesure les PTF, CL, ONG/OCB et les populations ont-ils été impliqués dans la mise œuvre et le financement du PNDS ?
- Dans quelle mesure les gaps éventuels notés dans la réalisation des OMD pourraient être résorbés d'ici 2015 ?
- Quelles sont les recommandations pertinentes pour accélérer l'atteinte des objectifs du PNDS en 2018 ? et notamment pour assurer:
 - Une meilleure cohérence des objectifs et stratégies du PNDS avec le Plan Sénégal Emergent ;
 - Le renforcement des interventions à haut impact sur la réalisation des OMD ;
 - L'amélioration de la planification opérationnelle dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS ;
 - L'efficacité dans l'allocation des ressources ;
 - L'amélioration de la gouvernance du PNDS au niveau national, régional et district
 - le renforcement du système de santé visant une couverture de santé universelle.
 - Une meilleure efficacité du système de suivi et évaluation du PNDS ;
 - Une participation accrue de toutes les parties prenantes à la mise en œuvre du PNDS notamment les PTF, les collectivités locales et les ONG/OCB ;

- l'atténuation des inégalités liées au genre à long terme
- Méthodologie

Les consultants retenus pour cette évaluation proposeront :

- une offre technique détaillant la méthodologie à adopter pour répondre à chacune des questions de l'évaluation,
- une offre financière et,
- un calendrier détaillé et réaliste de mise en œuvre de l'évaluation

Etant donné la nature complexe de ce type d'évaluation, il est nécessaire de combiner différentes approches pour pouvoir répondre aux questions de l'évaluation. A titre indicatif, les consultants pourront s'appuyer sur l'organisation suivante :

- Des entretiens avec les autorités administratives des localités ciblées,
- Des visites d'appréciation des activités sur le terrain,
- Des entretiens avec les partenaires techniques et financiers,
- Des entretiens/focus groupes avec les bénéficiaires,
- Des entretiens avec les autorités du Ministère de la Santé et de l'Action sociale et avec les autres ministères concernés.
- Organisation et moyens requis pour la conduite de l'évaluation
- Ressources mises à la disposition des consultants

La DPRS offrira un cadre de travail aux consultants, ainsi que des informations et documents nécessaires aux travaux d'évaluation. A titre indicatif, ces documents seront mis à la disposition des consultants

- Un exemplaire du Plan National de Développement sanitaire,
- les documents de politiques et stratégies nationales de développement

- les plans pluriannuels et annuels de programmation de la période sous revue,
- les présentations et comptes rendus des réunions du cadre de pilotage et de coordination du PNDS,
- les plans stratégiques du secteur de la santé,
- les rapports annuels de performance et les rapports d'activités
- Organisation de l'évaluation

L'évaluation devra être organisée entre le 1er décembre 2014 et le 31 janvier 2015. Elle inclura les étapes suivantes :

- La sélection des consultants
- La phase de revue documentaire
- La validation de la note d'orientation méthodologique,
- L'élaboration et la validation des outils de collecte
- L'atelier de lancement de l'évaluation à mi-parcours du PNDS
- La conduite de l'évaluation (entretiens, enquêtes, la collecte des données, la saisie, le traitement et l'analyse des données etc.),
- L'élaboration du rapport et sa revue après commentaires du comité technique,
- La finalisation du rapport,
- La restitution de l'évaluation à toutes les parties prenantes,
- La reproduction du rapport final
- La vulgarisation du rapport
- **Soumission des offres techniques et financières**

Le cabinet devra soumettre son offre technique et financière avec calendrier détaillé et réaliste de mise en œuvre de l'évaluation au plus tard le Jeudi 27 novembre 2014 à 16h00.

La proposition technique devra comprendre :

- Méthodologie

- Chronogramme détaillé des différentes étapes de l'évaluation
- Zone géographique de l'évaluation
- Composition de l'équipe
- CV des membres de l'équipe d'évaluation
- Expériences passées en matière d'évaluation des programmes/projets de santé et de gouvernance,

La proposition financière devra comprendre un budget détaillé avec une indication des rubriques suivantes : honoraires, frais de déplacement, per diem.

- Taches spécifiques et profil des consultants
- Taches spécifiques

Les responsabilités et taches spécifiques des consultants qui devront travailler en étroite collaboration avec le comité technique tout au long de cette consultation sont :

- Élaborer et soumettre une note méthodologique, un plan de travail et une matrice d'évaluation qui décrira pour chacune des questions d'évaluation, des indicateurs précis, les données requises, les sources de données et une méthodologie qu'il est possible d'utiliser pour répondre aux questions.
- Développer des outils de collecte des données,
- Présenter le rapport de lancement et les outils et les valider avec le comité technique,
- Réaliser la collecte des données sur le terrain,
- Analyser les informations collectées et élaborer les rapports préliminaire et final de l'évaluation,
- Tenir avec le comité technique des séances de travail à la fin des principales phases suivantes de l'évaluation : élaboration de la note méthodologique, élaboration des outils de collecte, collecte des informations, production du rapport final, production du rapport final.
- Présenter les résultats de l'évaluation à mi-parcours du PNDS à toutes les parties prenantes
- Produire le rapport final.

- Profil des consultants

Peuvent postuler les cabinets, les chercheurs et les institutions de recherche nationaux ou internationaux.

L'équipe d'évaluation devra :

- Avoir une bonne connaissance des problématiques liées à la santé, à la gouvernance, à la couverture maladie universelle,
- Maîtriser les techniques d'évaluation participative, de conduite d'entretien et d'enquête,
- Etre capable de conduire efficacement des focus group,
- Avoir une bonne connaissance du système de santé au Sénégal,
- Faire preuve de discrétion et de capacité d'écoute,
- Avoir d'excellentes capacités rédactionnelles, de synthèse et d'analyse,
- Avoir une expérience dans la conduite d'évaluation des programmes/projets de santé,
- Parler et écrire couramment en français,
- Maîtriser l'outil informatique.

L'équipe de l'Evaluation à mi-parcours sera constituée d'un consultant senior (chef d'équipe) et de trois consultants(es) juniors.

L'ensemble de consultants devront être indépendants vis-à-vis du PNDS pour assurer l'impartialité de l'évaluation.

Le cabinet proposera l'équipe dont la formation, l'expérience et la complémentarité lui semblera la plus à même de répondre aux termes de référence. Cette équipe comportera au minimum un expert en santé publique ou un économiste de la santé, un spécialiste en financement de la santé, un expert en infrastructure ou biomédical et un sociologue ou démographe.

- Le Consultant senior Chef de mission

Le consultant senior disposera obligatoirement des critères suivants :

- Diplôme de médecin avec une spécialité de santé publique
- Expérience d'au moins 10 ans dans la formulation, la mise en œuvre et le suivi/évaluation des programmes et projets de santé au Sénégal ou dans un pays d'Afrique Subsaharienne
- Au moins deux expériences confirmées dans l'évaluation finale ou à mi-parcours d'un projet ou programme de santé au Sénégal ou en Afrique sub-saharienne
- Au moins une expérience en tant que chef de mission
- Maîtrise de l'approche participative par l'animation d'ateliers ou de formation par exemple
- Français écrit et oral courant
- Maîtrise parfaite de l'informatique

Le consultant senior disposera des critères suivants qui seront considérés comme des atouts:

- Une expérience confirmée dans l'évaluation finale ou à mi-parcours d'un programme national sectoriel santé en Afrique sub-saharienne
- Maîtrise du système de santé sénégalais au niveau périphérique avec notamment une expérience au niveau districts
- Maîtrise du système d'informations sanitaires sénégalais

- Le Consultant junior « suivi-évaluation »

Un(e) consultant(e) junior, Médecin de santé publique ou économiste de la santé de niveau BAC + 5 au moins justifiant obligatoirement :

- Une expérience de long terme d'au moins cinq (05) ans dans les domaines du suivi et l'évaluation des programmes et projets dans le domaine de la santé au Sénégal ou au moins deux expériences confirmées dans l'évaluation finale ou à mi-parcours d'un projet ou programme de santé au Sénégal ou en Afrique sub-saharienne

- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles.
- Maîtrise de l'outil informatique.

Le consultant junior, en suivi évaluation disposera des critères suivants qui seront considérés comme des atouts:

- Maîtrise de l'approche participative par l'animation d'ateliers ou de formation par exemple
- Maîtrise du système d'informations sanitaires sénégalais
- Le Consultant junior « financement de la santé »

Un(e) consultant(e) junior, Médecin de santé publique ou économiste de la santé de niveau BAC + 5 au moins justifiant obligatoirement :

- Une expérience de long terme d'au moins cinq (05) ans dans les domaines du financement de la santé, protection, sociale, assurance santé au Sénégal ou dans un contexte similaire
- Connaissance du secteur de la santé, des problématiques spécifiques à l'accès aux soins, et de la complexité de ses interactions entre offre et demande de soins au Sénégal.
- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles.
- Maîtrise de l'outil informatique.

Le consultant junior, en financement de la santé disposera des critères suivants qui seront considérés comme des atouts:

- Maîtrise de l'approche participative par l'animation d'ateliers ou de formation par exemple
- Maîtrise du système d'assurance maladie dans un contexte proche du Sénégal.
- Un(e) consultant(e) junior « sociologue ou démographe »

Un(e) consultant(e) junior, justifiant d'un diplôme en sociologie, démographie ou similaire de niveau BAC+5 minimum (ingénieur, master, docteur) justifiant obligatoirement :

- expérience diversifiée d'au moins cinq (05) ans en matière d'accès aux services sociaux de base ou de maîtrise de la croissance démographique dans le cadre de la couverture maladie universelle.

Le consultant junior, sociologue ou démographe disposera des critères suivants qui seront considérés comme des atouts:

- Maîtrise de l'approche participative par l'animation d'ateliers ou de formation par exemple
- Maîtrise des approches relatives au genre
- Maîtrise des approches relatives à la prise en charge des populations vulnérables

- Un(e) consultant(e) junior « infrastructure/biomédicale »

Un(e) consultant(e) junior, justifiant d'un diplôme en Génie civil ou similaire de niveau BAC+5 minimum (ingénieur, master, docteur) justifiant obligatoirement :

- Une expérience de long terme d'au moins cinq (05) ans dans la construction/réhabilitation d'infrastructures sanitaires
- Connaissance du secteur de la santé, des problématiques spécifiques aux établissements de santé, en particulier des hôpitaux et centres de santé.
- Maîtrise orale et écrite du français, avec bonnes capacités rédactionnelles.
- Maîtrise de l'outil informatique.

Le consultant junior, en financement de la santé disposera des critères suivants qui seront considérés comme des atouts:

- Connaissance du système de santé sénégalais
- Une bonne connaissance des régions d'intervention

- Bonne connaissance des montages contractuels entre les autorités nationales et les partenaires au développement.

ANNEXE 4: EXTRAITS LOI 2013-10 DU 23 DECEMBRE 2013 PORTANT CODE GENERAL DES COLLECTIVITES LOCALES

La Loi 2013-10 du 23 Décembre 2013 portant code général des Collectivités locales communément appelé Acte 3 de la Décentralisation, dans son exposé des motifs, indique que « La mise œuvre d'une telle réforme justifie l'adoption d'un nouveau Code général des Collectivités locales qui abroge et remplace les lois n° 96-06 portant Code des Collectivités locales, n° 96-07 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et n° 96-09 du 22 mars 1996 fixant l'organisation administrative et financière de la commune d'arrondissement et ses rapports avec la ville ».

Elle dit dans ses Dispositions transitoires et finales notamment en ses articles suivants :

« Article 329.- Pour l'application du présent code, les limites actuelles des départements sont maintenues.

Les communautés rurales et les communes d'arrondissement actuelles sont érigées en communes.

Article 330.- Sauf décision contraire prise par décret, le transfert de compétences de l'Etat aux collectivités locales ne peut entraîner le transfert aux départements et aux communes des services ou parties de services correspondants de l'Etat.

Article 331.- Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent code, notamment la loi n° 96-06 du 22 mars 1996, modifiée, portant Code des Collectivités locales, la loi n° 96-07 du 22 mars 1996, modifiée, portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et la loi n° 96-09 du 22 mars 1996 fixant l'organisation administrative et financière de la commune d'arrondissement et ses rapports avec la ville. »

ANNEXE 5 :

NOTE RAPPORT SOCIOLOGUE HABIB CAMARA

« Dans la région de Kaffrine, notamment dans le district de Koungheul, grâce aux initiatives du PAODES, avec l'introduction de la tarification forfaitaire, le plateau technique a été renouvelé, le laboratoire pour les analyses est fonctionnel, il y a des appareils respiratoires, la pyramide sanitaire est de plus en plus respectée, le suivi du malade est assuré et les médicaments sont disponibles. Des services indispensables pour des soins de qualité, par exemple le bilan de la grossesse, sont disponibles. L'un des changements positifs de la tarification forfaitaire est de permettre l'accessibilité aux examens complémentaires à moindre coût. Par exemple, avec 5.000 francs CFA, une femme peut faire une consultation prénatale, une échographie et un bilan biologique qui favorisent le suivi du bon déroulement de la grossesse ».

« Les conditions de réussite de la tarification forfaitaire sont : (i) d'éviter les ruptures de médicaments ; (ii) d'augmenter et/ou d'améliorer les services existants en les équipant ; (iii) d'amener les populations à adhérer et à cotiser régulièrement dans une mutuelle de santé et enfin (iv) d'avoir un personnel qualifié, suffisant et financièrement motivé. Dans un tel contexte de renouveau du District sanitaire, la demande va s'accroître et les recettes accumulées rendront les structures de santé plus opérationnelles et performantes. »

NOTE SUR LES PILIERS DU PLAN DE STRATEGIE GENERTALE DU DECAM Selon le plan la stratégie générale du DECAM s'appuie sur des piliers ci-après :

- **le partenariat** entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat avec comme cible les populations des mutuelles de santé communautaires résidentes de la collectivité locale d'implantation à l'exception des personnes qui bénéficient d'une couverture maladie basée sur l'emploi (en dehors des bénéficiaires des IPM et de l'Imputation budgétaire). L'adhésion aux mutuelles de santé est organisée sur une base familiale.

- **Le Paquet minimum de services:** un Paquet Minimum de Bénéfices (PMB) des mutuelles de santé communautaire communautaires est déterminé par le Ministère chargé de la santé. Dans le cadre du DECAM, le PMB est composé d'un paquet de base et d'un paquet complémentaire. Le paquet de base inclut les services qui sont offerts au niveau des postes de santé et des centres de santé. Le paquet complémentaire inclut les services qui sont offerts au niveau des hôpitaux. L'accès au paquet complémentaire est conditionné par la référence obligatoire d'un poste de santé ou d'un centre de santé. Par ailleurs, les bénéficiaires des mutuelles de santé devront s'acquitter d'un ticket modérateur dont le taux varie selon le type de

prestation et le niveau de prise en charge des soins. L'instauration d'un ticket modérateur vise à réduire les risques de hasard moral et de surconsommation des soins.

- **l'organisation des mutuelles de santé.** Dans le cadre du DECAM, les institutions mutualistes sont organisées à trois niveaux : au niveau local, une mutuelle de santé communautaire est mise en place au niveau de chaque collectivité locale (commune et communauté rurale; au niveau départemental, une union départementale des mutuelles de santé communautaires est mise en place au niveau de chaque département administratif, au niveau régional, les unions départementales de mutuelles de santé adhèrent à l'union régionale de mutuelles de santé de leur région respective et représentent leurs mutuelles membres au sein de l'union régionale. A terme, les unions régionales sont appelées, en collaboration avec les hôpitaux, à mettre en place des conventions cadres pour harmoniser les pratiques contractuelles entre les unions départementales et les hôpitaux et à mettre en place des organismes indépendants de traitement et de gestion des factures de soins pour rationaliser les relations contractuelles entre les unions départementales de mutuelles de santé et les hôpitaux.

- **les mécanismes de financement.** Le principal défi à relever à travers le pilier mécanismes de financement est l'inexistence de synergie entre les mécanismes de financement public et la contribution des ménages dans le financement de la santé au Sénégal. Pour relever ce défi, le partenariat entre les mutuelles de santé communautaires, les collectivités locales et l'Etat est décliné à travers la contractualisation entre le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) et l'union départementale des mutuelles de santé pour soutenir la mise en place d'un fonds départemental de solidarité santé (FDS) qui va servir de relais au FNSS dans chaque département. Les FDS vont remplir les trois fonctions suivantes : une subvention partielle pour étendre les paquets de bénéfices et pour promouvoir la mise en commun des gros risques des mutuelles de santé communautaires au niveau départemental ; des subventions ciblées pour assurer la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé communautaires ; et des mécanismes de garanties pour promouvoir l'adhésion en groupe à travers des partenariats entre les mutuelles de santé communautaires et les institutions de financement décentralisées (micro finance, micro crédit et épargne).

ANNEXE 6 ; NIVEAU D'ATTEINTE DES INDICATEURS DU PNDS

Indicateurs	Année de référence (2008)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ratio de Mortalité maternelle			392/100000	392/100000	ND	ND	ND	
Taux de Mortalité néonatale	33‰		26‰	26‰	23‰	23‰	22‰	21‰
Taux de Mortalité infantile	54‰		47‰	47‰	43‰	43‰	33‰	39‰
Taux de Mortalité juvénile	33‰		26‰	26‰	23‰	23‰	22‰	2123‰
Taux de Mortalité infanto-juvénile	85‰		72‰	72‰	65‰	65‰	54‰	59‰
Taux de couverture en consultation primaire globale	56,7%	57%	57%	ND	ND	ND		
Prévalence insuffisance pondérale chez l'enfant	16%	9%	9%	18%	16%	16%	13%	
Morbidité proportionnelle liée au paludisme		3,07%		5,32%	4,96%	5,4%	3,39%	
Couverture CPN4.			49%	50%	50%	50%	48 %	
Taux d'achèvement en CPN					50%	50%	48%	47%
Taux d'utilisation pour la consultation prénatale	77,3%	92,7	93%	93%	95%	95%	96 %	95%

Accouchements assistés par du personnel qualifié.	43,6	47,8	47,8%	65,1%	51,5%	51,5%	59 %	53%
Proportion d'accouchement effectué dans les formations sanitaires (hôpital, centre, poste et case de santé)			73%	73%	71,7%	71,7%	77%	75%
Taux de césariennes	2%	4%		2,9%			4 %	
Couverture VAT	81%	78%		70%		64%		
Proportion d'enfants de 1 an vacciné contre la rougeole	77%	74%		82%		65%		
Couverture vaccinale PENTA3	88%	86%	86%	83%		72%	89%	
Proportion d'enfants (0-11mois) complètement vaccinés	77%			63%	ND	ND	74%	
Prévalence contraceptive	7,3%	6,1%	12%	12%	16%	16%	20%	23%
Besoin non satisfait en PF			39,1%	39,1%	29,2%	29,2%	25%	23%
Prévalence du paludisme	5,9%		3%	2,9%	2,9%	2,6%	1,2%	
Nombre de traitement ACT administré	370 415		214 656	195 183	182 223	350 696	261 482	
Couverture MI chez la femme enceinte	26,9%	49%	37%		43%	51,1%	38%	
Couverture MI chez les moins	30,07%	45%	35%		46%	46%	43%	

de 5 ans

Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de TPI lors de leur dernière grossesse durant les 2 dernières années	53,7%		36,8%		41%	56%	40%
Nb de personnes ayant subi le test dépistage VIH	149 689	207 053	320 000			750 233	803 468
Nombre de PVVIH sous TTT ARV	9 252	11 821	14 000			13 746	16 681
Prévalence VIH/SIDA dans la population générale	1,5%	1,3%	0,9%	0,7%	0,7%	< 1%	
Taux de guérison TB	77%	83%	84%			87%	
Proportion de tuberculeux sous traitement perdus de vue*			5%			6%	5%
Ratio IDE/pop			1/5982		1/4200	1/4320	
Ratio SFE/FAR		1/3946	1/3414		1/4000	1/ 2 426	
Ratio médecin/Pop		1/1095 8	1/15320		1/1100 0	1/1237 3	
Couverture en PS		1/ 12481				1 /11327	
% d'hôpitaux fonctionnels						80%	97% 100%
Nombre de centres de santé	979					1370	

fonctionnels

% de blocs 69,8% 100%

SOU

fonctionnels au
niveau district

Nombre de
jours de
rupture de
médicaments et
produits
traceurs. 17/150

Nombre de
projets de
recherche
examinés par le
comité national
d'éthique en
santé 40 65 70 74 80 85 73

Part de la santé
dans le budget
de
fonctionnement
de l'Etat 14,4% 13,6% 10,2 10,3%

ANNEXE 7 : LISTE DES PROJETS/PROGRAMMES EXECUTES DE 2009 A 2014

OBJET	COUT DU PROJET	SOURCES DE FINANCEMENT	PROGRAMMATION/2009- 2014		EXECUTION/2009-2014		TOTAL PROGRAMME	TOTAL EXECUT
			ETAT	PTF	ETAT	PTF		

e le	123 574	BM-FM-KFW- UNICEF- ONUSIDA- FNUAP-JICA- OMS- etc	4 425	27879	4 425	46229	32 304	50 6
	110	Etat	45	0	45	0	45	
	930	Etat	80		80		80	
iba	136	Etat	36		16		36	
ombole	590	Etat	103		51		103	
	2 450	Etat	1 601		631		1 601	6
Santé le KK et	6 069	Belgique	0	2566	0	1811	2 566	1 8
	872	Etat	974		785		974	7
	850	Etat	175		75		175	
ie	2 500	Etat	81		54		81	
ication	350	Etat	70		70		70	
	800	Etat	37		0		37	
	800	Etat	264		106		264	1
Hopital	800	Etat	245		245		245	2
re	500	Etat	681		288		681	2
ba	160	Etat	48		22		48	
	800	Etat	381		277		381	2
	900	Etat	780		223		780	2
	350	Etat	115		71		115	
mbourg	9 610	Luxembourg	1 797	4183	629	7912	5 980	8 5
sque	40	Etat	60		29		60	
ékhé	700	Etat	252		162		252	1
	450	Etat	50		50		50	
	517	Etat	1 112		577		1 112	5
lu/BID	4 628	BID	2 135	2515	1 153	4076	4 650	5 2
	93	Etat	23		3		23	
p Tamba	750	Etat	130		130		130	1
ie Santé	2 620	Belgique	0	2228	0	2630	2 228	2 6
nelle/SR	32 090	FNUAP-USAID- OMS-Japon	471	15624	446	52312	16 095	52 7

rie	15	Etat	15		15		15	
itaux en	4 250	Etat	7 223		5 961		7 223	5 9
tion	372	Etat	372		372		372	3
phe itec	92		92		92		92	
pital	900	Etat	350		350		350	3
	50	Etat	100		50		100	
cine	40	Etat	80		40		80	
	2 000		2 119		772		2 119	7
	300	Etat	300		300		300	3
	11 000	Japon-Etat	2 224	3554	1 299	9914	5 778	11 2
	10 500	Etat-Chine	1 799	6000	735	5178	7 799	5 9
cké	300	Etat	100		100		100	1
nie	600	Etat	378		233		378	2
graphie	1 200	Etat	475		252		475	2
	360	Etat	325		85		325	
chnique Ple	100	Etat	100		100		100	1
.ODES)	12 277	Belgique	24	3259	24	3117	3 283	3 1
p Thiès	71		217		129		217	1
EPS	1 000	Etat	1 027		546		1 027	5
ce du	3 677	Belgique	279	2118	160	907	2 397	1 0
ten des x /Japon	105	Japon		70		17	70	
S/SS-	1 320	Japon		925		16	925	
at de	5 900	Etat	5 754		5754		5 754	5 7
	300	Etat	345		167		345	1
n	25 324	Etat-BM-MI- GAIN-UNICEF-	9 413	15700	9 413	17701	25 113	27 1

		PAM						
DA	5 000	Etat	3 007		2 438		3 007	2 4
et zig	8 900	Etat	16 006		8 630		16 006	8 6
	1 301	Etat	714		472		714	4
	1 780	Etat	200		200		200	2
	396	Etat	50		50		50	
a	500		50		50		50	
n hop	161	Etat	161		16		161	
	1 192	Etat	50		0		50	
ounass	1 360	Etat	1 416		805		1 416	8
	1 853	Etat	570		426		570	4
aire	1 010	Etat	150		50		150	
	1 959	Etat	1 083		261		1 083	2
	1 360	Etat	25		25		25	
	12 000	Etat-UNICEF-OMS-GAVI	2 260	9612	1 372	36989	11 872	38 3
	1 136	Etat	1 086		647		1 086	6
oison	1 400	Etat	517		234		517	2
NDS	4 234	OMS-UNICEF	4 571	1039	3 104	2701	5 610	5 8
	15 064	BAD	4 169	6856	3 413	3658	11 025	7 0
nba	8 878	BID	3 001	6521	1 607	3035	9 522	4 6
ps	34 596	FM-OMS-USAID-ETAT	1 550	20898	1 206	72957	22 448	74 1
mm	31 770	FSD-BADEA-BID-OPEP	9 746	26042	5 363	17128	35 788	22 4
3 (DEC	7 601	Etat	2 750		2 750		2 750	2 7
3	134	Etat	134		134		134	1
	800	Etat	50		50		50	
on	1 800	Etat	3 242		2 812		3 242	2 8
de miadio	500		296		150		296	1
ment	6 000		1 086		337		1 086	3
à	1 497	Japon	127	750	107	741	877	8

lyg en et	135	Japon	30	120	19	240	150	2
de vices	585		585		584		585	5
santé	500		155		93		155	
orelle	60		120		60		120	
on IHS	100		200		100		200	1
	1 200		300		300		300	3
adie	5 000		6 000		6 000		6 000	6 0
et	1 000	Etat	2		2		2	
se dans	8 987	Luxembourg		1959		1098	1 959	1 0
de la la	9984	AFD		500		262	500	2
t de la n	22708	BM	18		18		18	
t de s iès,	3889	Autriche	66	563	48	748	629	7
S de	550	Etat	150		150		150	1
tre on	175	Etat	100		100		100	1
ss	1000	Etat	78		78		78	
ikine	150	Etat	75		75		75	
graphie ires	500	Etat	67		67		67	

opital de	250	Etat	250		250		250	2
pement akar	100	Etat	44		39		44	
nance								
aux at de	500	Etat	11		11		11	
YE, (C)	8000	Etat	2000		2000		2 000	2 0
- Base ds	925	Etat	99		77		99	
TAL			117 699	161 481	84 372	291 377	279 180	375 7

ANNEXE 8: BILAN DES REALISATIONS

BILAN DES REALISATIONS EN POSTES DE SANTE				
DESIGNATION	BESOINS EN PS	NOUVELLES CREATIONS	GAP	OBSERVATIONS
DAKAR	274	101	203	
DIOURBEL	225	33	192	
FATICK	94	34	66	
KAFFRINE	88	25	63	
KAOLACK	124	31	93	
KEDOUGOU	12	12	0	

KOLDA	118	17	101	
LOUGA	118	92	43	
MATAM	78	22	65	
SAINT LOUIS	99	25	74	
SEDHIOU	77	23	54	
TAMBACOUNDA	106	47	59	
THIES	167	41	111	
ZIGUINCHOR	0	16	10	
TOTAL	1580	519	1134	soit 32% de réalisation par rapport aux besoins exprimés

REGIONS MEDICALES	BESOINS EN CS	NOUVELLES CREATION	BESOINS SATISFAITS	BEOINS NON SATISFAITS	CENTRES NON FONDES SUR CARTE SANITAIRE	TRG
DAKAR	10	2	2	8	0	22
DIOURBEL	9	0	0	9	0	0
FATICK	2	2	1	1	1	50
KAOLACK	2	0	0	2	0	0
KAFFRINE	3	1	1	2	0	33
LOUGA	2	5	2	0	3	250
MATAM	3	2	1	2	1	33,33
SAINT LOUIS	2	2	2	0	1	100
TAMBACOUNDA	0	0	0	0	0	
KEDOUGOU	1	1	1	0	0	100
THIES	5	0	0	5	0	0
ZIGUINCHOR	1	0	0	1	0	0
KOLDA	4	1	1	3	0	25
SEDHIOU	2	1	1	1	0	50
TOTAL	46	17	12	34	6	

RM	BESOINS EN HOPITAUX	NOUVELLES CREATIONS	BESOINS SATISFAITS	BESOINS NON SATISFAITS	CENTRES NON FONDES SUR CARTE SANITAIRES
DAKAR	1	5	1	0	4
DIOURBEL	3	1	1	0	0
FATICK	1	1	1	0	0
KAFFRINE	2	1	1	1	0
KAOLACK	2	0	0	2	0
KEDOUGOU	1	0	0	1	0
KOLDA	1	0	0	1	0
LOUGA	2	1	1	1	0
MATAM	1	1	1	0	0
SAINT LOUIS	1	1	1	0	0
SEDHIOU	1	1	1	0	0
TAMBACOUNDA	0	0			0
THIES	3	2	2	1	0
ZIGUINCHOR	0	1			1

TOTAL	19	15	10	7	5
-------	----	----	----	---	---

ANNEXE 8 : EQUIPEMENTS REMARQUABLES

TAB 1 EVOLUTION EQUIPEMENTS REMARQUABLES DANS EPS2															
Noms	IRM			ANGIO			SCANNER			APHEMODIAL09			APMAMOG		
structures	2009	2013	2015	2009	2013	2015	2009	2013	2015	2009	2013	2015	2009	2013	2015
Diourbel	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
Kaolack	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
Kolda	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
Louga	0	0		0	0		0	0		0	0		0	6	
Ndioum	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
Oourossogui	0	0		0	0		0	1		0	0		0	0	
Saint louis	0	0		0	0		0	3		0	0		2	85	
Tambacounda	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
Thiès	0	0		0	0		1	1		0	1		1	1	
Ziguinchor	0	0		0	0		1	2		0	0		0	1	
TOTAL	0	0	0	0	0	0	2	7	0	0	1	0	3	93	0

TAB 1 (SUITE 1) EVOLUTION EQUIPEMENTS REMARQUABLES DANS EPS2															
Noms	TABREHAN			AMBMED			DEFRIB			ELCARDIO			ECODOP		
structures	2009	2013	2015	2009	2013	2015	2009	2013	2015	2009	2013	2015	2009	2013	2015
Diourbel	0	0		0	0		2	2		2	2		0	1	
Kaolack	0	0		0	3		0	5		0	4		0	2	
Kolda	0	0		0	4		0	0		0	2		0	0	
Louga	3	2		2	3		0	0		0	1		0	0	
Ndioum	0	0		0	0		0	2		0	4		0	1	
Oourossogui	0	0		0	0		0	0		1	2		0	0	
Saint louis	6	65		0	0		0	0		1	12		0	0	
Tambacounda	0	0		0	0		0	0		2	1		0	0	
Thiès	1	7		0	2		0	7		0	3		1	2	
Ziguinchor	0	0		2	2		4	5		5	6		0	0	
TOTAL	10	74	0	4	14	0	6	21	0	11	37	0	1	6	0

TAB 1 (SUITE 2) EVOLUTION EQUIPEMENTS REMARQUABLES DANS LES EPS2													
Noms		ELECENCEPH			FAUTDENT			ECOOPHTALM			APRADIO		
		2009	2013	2015	2009	2013	2015	2009	2013		2009	2013	2015
structures													
Diourbel		0	0		1	1		0	0		1	2	
Kaolack		0	0		0	1		0	0		0	2	
Kolda		0	0		0	1		0	0		0	2	

Louga	0	0		2	3		0	0		3	3	
Ndioum	0	0		2	3		0	0		1	3	
Ourossogui	0	0		2	2		0	0		2	2	
Saint-Louis	1	6		4	0		1	0		0	0	
Tambacounda	0	0		2	1		0	0		2	2	
Thiès	0	0		5	7		0	0		2	4	
Ziguinchor	0	0		2	2		0	0		1	1	
TOTAL	1	6	0	20	21	0	1	0	0	12	21	0

ANNEXE 9 : EQUIPEMENTS EPS 3

TAB EVOLUTION EQUIPEMENTS REMARQUABLES DANS LES EPS3															
Noms EPS 3	IRM			ANGIO			SCANNER			APHEMODIAL					
	2009	2013	2015	2009	2013	2015	2009	2013	2015	2009	2013	2015	2009	2013	2015
HALD	0	0		0	0		0	1		0	0		1	2	
TOUBA	0	0		0	0		0	1		0	1		0	1	

HEAR	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
HOGGY	0	0		1	1		1	2		0	14		1	1	
HPD	1	1		0	0		0	2		0	0		1	1	
PIKINE	0	0		0	0		0	0		0	0		0	1	
THIAROYE	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
HMO	0	0		0	0		0	0		0	0		0	0	
Abass Ndao*				1											
CHN FANN*															
TOTAL	1	1		2	1		1	6		0	15		3	6	

APERCU TABLEAU DES EQUIPEMENTS REMARQUABLES 2015 (CENTRES DE SANTE EPS2 ET EP S3):

RECEPTIONNNEES 2015

DÉSIGNATION	QUANTITE 2015	
	RECEPTIONNE	ATTENDU
SCANNERS	11	03
MAMMOGRAPHES	08	03
TABLE DE RADIOGRAPHIE AVEC NUMERISEUR	17	07
ECHOGRAPHES	50	05
AMBULANCES MÉDICALISEES	136	27
VEHICULES	45	07
GROUPE ELECTOGENES	20	09
MORGUES	09	03
STERILISATEURS A VAPEUR	10	18
EQUIPEMENTS DE LABORATOIRE, FLUIDES MEDICAUX, MOBILIER HOSPITALIER, MOBILIER DE BUREAU, DIVERS		

ANNEXE 10 : ETAPES D'ELABORATION PTA ET BUDGET

Niveau central et régional

Date limite	Niveau de	Produits Livrables
-------------	-----------	--------------------

	Planification	
31 juillet	Central	Projet de Budget
30 juin	Central	Synthèse National des Plans de Travail Annuels (PTA) Plans des Services Centraux
15 mai	Régional	Plans des Services Régionaux Synthèse Régionale des Plans de Travail Annuels (PTA) intégrant les PTA des Districts de la Région
31 mars	District	Plan de Travail Annuel (PTA) des Districts intégrant les POCL-SANTE
15 mars	Collectivités Locales	Plan Opérationnels des Collectivités Locales en Santé (POCL-SANTE)
28 février	Central	Rapport National de performances du DPPD
31 janvier	Tous les Niveaux	Rapports de Performances des districts, régions et services centraux (Evaluation de la Mise en œuvre des PTA de l'année écoulée)
15 janvier	Central	Note de service pour rappel des délais et pour la transmission des informations pour le démarrage du processus de planification

Ce processus 'élaboration des PTA doit se dérouler selon les principales étapes ci-après :

définition des priorités du Ministère (lettre d'orientation - directives) ;
lancement du processus ;
rencontre ECR et MCD pour partager les directives de planification édictées par le niveau central et concertation sur l'organisation de l'exercice régional de planification, élaboration et large diffusion d'un planning régional consensuel d'élaboration du PTA ;
information des acteurs au niveau du district sanitaire (ECD, PS, CS, COSA, COGES, collectivités territoriales) lors d'une rencontre organisée à cet effet ;
bilan POCL et PTA année N-1 et élaboration des POCL et des PTA des PS, CS de l'année N ;
élaboration/synthèse participative des PTA des Districts Sanitaires pour l'année N (harmonisation et intégration des PTA des PS, CS);
élaboration des PTA des structures régionales (ECR, CHR, BRH, laboratoire régional, CRFS etc.) ;
synthèse/élaboration PTA régional (consolidation des PTA des District Sanitaire et ceux des structures régionales).
élaboration PTA des structures du niveau central (Directions nationales, projets et

programmes, services et cellules, etc
Les différents plans des structures du niveau central sont consolidés au niveau de la DPRS au moyen de l'application informatique conçue à cet effet.
Ces plans consolidés sont harmonisés et validés par un comité ad'hoc mis en place par le Ministre de la Santé.;
consolidation/élaboration du PTA sectoriel unique. Les plans des niveaux central et intermédiaire sont consolidés par la DPRS en un plan.
Le PTA du MSAS est harmonisé et validé au cours d'une
session du CIS en présence des PTF et autres parties prenantes.

Procédure d'allocation du budget de l'Etat

réception de la Lettre de cadrage du Premier Ministre au mois de mars,
notification des enveloppes indicatives au mois d'avril
Circulaire relative à l'élaboration du projet de budget au mois de juin établie par le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan. Cette dernière correspondance indique le calendrier de passage des ministères en Conférences budgétaires qui se tiennent entre le mois de juillet et août.
diffuser les différentes correspondances reçues par la DAGE
préparer une lettre circulaire interne et la transmettre aux différents Directeurs et Chefs de Services. Cette lettre comporte des canevas pour recueillir les besoins structures en budget de fonctionnement et d'investissement ainsi que le modèle de la liste de personnel pour l'évaluation des dépenses de Personnel ;
adresser à la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS), la demande de transmission des PTA pour exploiter les besoins exprimés par les structures dans la colonne n+1 de la maquette du PTA ;
préparer et transmettre le calendrier de passage des différents directions ou services pour l'arbitrage des propositions transmises ;
tenir la réunion de répartition interne, des enveloppes indicatives allouées par le MEFP selon les critères et les objectifs du secteur ;
exploiter les PTA transmis par la DPRS ;
tenir l'atelier d'élaboration du projet de budget du Ministère en impliquant l'ensemble des structures du niveau centrale
tenir la séance d'arbitrage de l'avant-projet de budget par les autorités du ministère ;
finaliser l'avant-projet de budget en tenant compte des recommandations de l'arbitrage interne ;
préparer la présentation par le DAGE de l'avant-projet devant le Directeur du Budget lors des Conférences budgétaires ;
préparer l'arbitrage de l'avant-projet devant le Premier Ministre ;
apporter toutes les corrections relatives aux mesures prises à l'issue des Conférences budgétaires et de l'arbitrage du Premier Ministre afin de finaliser l'avant-projet de budget ;
préparer les séances d'examen du projet de budget par l'Assemblée nationale et assister à leur déroulement ;
classer toutes les copies des correspondances initiées ou reçues dans le cadre de l'élaboration du budget.
Conférences budgétaires l'arbitrage du projet de budget par le Premier Ministre en Conseil

des Ministres
Dépôt devant le Bureau de l'Assemblée nationale avant le 15 octobre
Examen du projet de budget par le Parlement en Commissions Techniques et Finances, puis en plénière au plus tard le 15 décembre
La Loi de Finances est promulguée au plus tard le 31 décembre par le Président de la République

Étapes principales du calendrier budgétaire :

N°	Activité	Structure responsable	Echéance
01	Elaboration lettre cadrage et circulaire de préparation	DB+DCEF	15 déc au 15 janv
02	Notification grandes masses	DB	16 janv au 15 fév
03	Campagne budget économique	DPS	16 fév au 30 juin
04	Débats d'orientation budgétaire	Assemblée Nationale.	16 fév au 30 avr
05	Mise à jour des dépenses du personnel et arbitrages internes	DB	16 fév au 05 juin
06	Confection, saisie et correction des données	DB-DCEF	16 fév au 1er août
07	Arbitrage MEF	DGF-DB-DCEF	02 au 05 août
08	Arbitrage PM	DGF-DB-DCEF	07 au 20 août
09	Adoption Conseil des Ministres	Cabinet MEFP	21 au 31 août
10	Finalisation document budgétaire	DB-DCEF	1er sept au 10 oct
11	Dépôt à l'Assemblée nationale	Cabinet PM	14-octobre
12	Vote du budget	Parlement	31-décembre

ANNEXE 11 : LES RESSOURCES HUMAINES

Régions médicales	Ratios population/ Médecin généraliste		Tendance (2009-2013)		Ratios population/ Infirmier d'Etat		Tendance (2009-2013)	
	2009	2013	Effectif	%	2009	2013	Effectif	%

Dakar	60075	139225	79150	131,75	*	*	*	*
Diourbel	111635	115985	4350	3,90	14824	12650	-2174	-14,7
Fatick	78797	66452	-12345	-15,67	8671	9692	1020	11,8
Kaffrine	110964	95358	-15605	-14,06	28543	24891	-3651	-12,8
Kaolack	89016	127195	38179	42,89	12291	15964	3673	29,9
Kédougou	32323	37366	5043	15,60	6556	8687	2131	32,5
Kolda	118474	174422	55949	47,22	17092	23798	6707	39,2
Louga	113392	90619	-22773	-20,08	15252	7878	-7375	-48,4
Matam	175410	85963	-89447	-50,99	17218	9849	-7369	-42,8
Saint-Louis	137163	144840	7678	5,60	14378	19642	5264	36,6
Sédhiou	115744	92048	-23696	-20,47	8445	9075	630	7,5
Tambacounda	81604	42653	-38952	-47,73	10590	19683	9092	85,9
Thiès	80138	112793	32655	40,75	9751	12058	2308	23,7
Ziguinchor	83069	72639	-10430	-12,56	4069	4556	487	12,0
Total	95828	99383	3556	3,71	12643	13252	609	4,8

Evolution ratio en médecin et IDE et SFE

Régions médicales	Ratios femmes en âge de reproduire/Sage-femme d'Etat		Tendance (2009-2013)	
	2009	2013	2009	2013
Dakar	55190	5893	-49297	-89,3
Diourbel	78729	10207	-68522	-87,0
Fatick	75383	6149	-69234	-91,8
Kaffrine	55184	19798	-35386	-64,1
Kaolack	47011	13860	-33152	-70,5
Kédougou	11652	2829	-8822	-75,7
Kolda	27207	24285	-2922	-10,7
Louga	42960	6913	-36047	-83,9
Matam	39215	28365	-10850	-27,7
Saint-Louis	124136	16033	-108103	-87,1
Sédhiou	29287	5573	-23714	-81,0
Tambacounda	68897	8262	-60635	-88,0
Thiès	95666	7020	-88646	-92,7
Ziguinchor	44883	4832	-40051	-89,2
Total	61371	10018	-51353	-83,7

