

République du Sénégal
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale

**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE (PNDS) - PHASE II : *2004-
2008***

Août 2004

AVANT PROPOS

Le document de la Phase II du PNDS n'est pas un plan opérationnel pour mettre en œuvre la deuxième phase quinquennale du PNDS. C'est plutôt un essai de réajustement du PNDS compte tenu des changements majeurs intervenus après cinq années d'exécution au plan de l'environnement interne et externe du secteur de la santé.

D'abord le SENEGAL a résolument opté pour une politique de réduction de la pauvreté traduite à travers le document de stratégie de réduction de la pauvreté qui a été approuvé et a atteint le point d'achèvement en 2004. Ainsi, le secteur de la Santé pourra compter sur les ressources additionnelles qui seront tirées du PPTE mais devra en même temps réorienter ses actions pour cibler davantage les groupes vulnérables tout en ayant comme objectif à terme la réalisation des OMD, autre engagement du Gouvernement.

Ensuite, outre la réduction de 2/3 de la mortalité des enfants et des mères entre 2000 et 2015, les OMD concernent également le contrôle d'endémies majeures telles que le paludisme et le VIH/SIDA, sans oublier la malnutrition et la disponibilité des services de santé de la reproduction. Le document de stratégie de la Phase II intègre ce contexte nouveau. Tout en reconduisant les mêmes objectifs en terme de réduction de la mortalité des mères et des enfants, il s'articule autour de nouvelles stratégies dictées par l'impérieuse nécessité de compter sur les communautés et les collectivités décentralisées pour renforcer les performances en matière de lutte contre la pauvreté.

Il faut enfin noter que l'élaboration de ce document de la phase II intervient aussi au moment où le Ministère de l'Economie et des Finances engage des réformes budgétaires et financières de grande ampleur telles que l'institution de la budgétisation par objectifs et la déconcentration de la gestion du BCI. Toutes ces réformes nécessitent pour le secteur de la Santé qui est particulièrement concerné, le renforcement conséquent de ses capacités dans les domaines précitées.

Le document peut apparaître incomplet au niveau de certaines parties comme celles relatives aux ressources humaines, à la réforme hospitalière et à l'analyse financière. Cela s'explique par le fait que les études prévues dans ces domaines ont démarré tardivement et donc n'ont pas pu mettre à disposition les données chiffrées qui auraient aidé à une meilleure orientation des actions. Cette lacune pourra toutefois être comblée quand les résultats de ces différentes études seront disponibles. C'est dire que le présent document de stratégie se veut dynamique, une sorte de mise à jour du PNDS intervenue à une période critique et susceptible d'évoluer sur la base des informations qui pourront être capitalisées au fur et à mesure que le PNDS sera exécuté.

Dans tous les cas, les plans opérationnels qui seront élaborés chaque année par les services compétents du Ministère de la Santé trouveront là le cadre approprié pour orienter les actions. Les objectifs qui seront fixés pourront être quantifiés sur la base du niveau des indicateurs analysés à travers les différentes études, notamment l'EDS IV, et serviront de base aux projets de budget qui seront élaborés dans le respect du principe du budget par objectif. Les partenaires sont également invités à orienter leurs interventions dans le cadre tracé par ce document au double plan des objectifs et de la démarche. C'est en cela que la concertation doit être plus renforcée dans un esprit d'approche programme mieux élaboré.

GLOSSAIRE

AGETIP	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public
AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ARD	Agence Régionale de Développement
ATB	Antibiotiques
BAD	Banque Africaine de Développement
BCI	Budget Consolidé d'Investissement
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du Plan National de Développement Sanitaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCTAS	Centre Communautaire de Technologie Appropriée en Santé
CES	Certificat d'Etudes Spéciales
CDVA	Centre de Dépistage Volontaire et Anonyme
CGO	Clinique de Gynécologie Obstétrique
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CIS	Comité Interne de Suivi
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
CNRS	Conseil National de Recherche en Santé
COPE	Client Operative Provider Evaluation
CPC	Consultation Primaire Curative
CPN	Consultation Périnatale
CRD	Conseil Régional de Développement
CRF	Centre Régional de Formation
CSDMT	Cadre Sectoriel de Dépense à Moyen Terme
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DERF	Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation
DES	Direction des Etablissements de Santé
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Direction de la Santé
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC	Diphthérie Tétanos Coqueluche
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire
EPS	Etablissement Public de Santé
ESIS	Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de Santé
FECL	Fonds d'Equipement des Collectivités Locales
FDD	Fonds de Dotation à la Décentralisation
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour les Activités de Population
GR	Grossesses à Risque
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDA	Association Internationale pour le Développement
IEC	Information Education Communication

IPD	Institut Pasteur de Dakar
IRD	Institut pour la Recherche et le Développement
ISAARV	Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
IST/SIDA	Infection Sexuellement Transmise/Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
JNV	Journée Nationale de Vaccination
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MCD	Médecin Chef de District
MCR	Médecin Chef de Région
MCS	Mission Conjointe de Supervision
MI	Moustiquaires Imprégnées
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides
MS	Ministère de la Santé
MTA	Médicaments Traditionnels Améliorés
OCB	Organisation Communautaire de Base
OID	Objectifs Internationaux de Développement
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORL	Oto Rhino Laryngologie
PAIN	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	
PLCME	Projet de Lutte contre les Maladies Endémiques
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNL	Programme National de Lutte contre la Lèpre
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PO	Plan d'Opérations
RAC	Réunion Annuelle Conjointe
RM	Région Médicale
RDP	Revue des Dépenses Publiques
RVO	Réhydratation par Voie Orale
SBC	Soins à Base Communautaire
SFE	Sage Femme d'Etat
SIG	Système d'Information à des fins de Gestion
SNEPS	Service National de l'Education Pour la Santé
SNH	Service National de l'Hygiène
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence

SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SR	Santé de la Reproduction
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SUTSAS	Syndicat Unique des Travailleurs de la Santé et de l'Action Sociale
UCAD	Université Cheikh Anta Diop
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

SOMMAIRE

	Pages
Avant Propos	2-3
Glossaire	4-5
I/ <u>Première Partie : BILAN PDIS (Phase I)</u>	7
1.1 Pertinence des objectifs et stratégies	8
1.2 PNDS et Approche Programme	8-11
1.3 Réalisations du PDIS, contraintes et difficultés	11-26
1.4 Impact du PDIS	26-27
1.5 Leçons apprises et nouveaux défis	27-29
II/ <u>Deuxième Partie : PHASE II</u>	30
2.1 Contexte et justification	31
2.2 Stratégie globale	31
2.3 Objectifs stratégiques	31-32
2.4 Activités	32-48
2.5 Plan stratégique et budget	49-56
2.6 Suivi/Evaluation	56-61
2.7 Administration et Gestion	61-63
CONCLUSION	63
♦ <u>ANNEXES</u>	
1. Indicateurs de suivi/évaluation	
2. Normes de personnels	
3. Critères de performance et critères discriminants du personnel	
4. Primes de motivation	
5. Projet de lettre de politique sectorielle révisée	
6. Eléments constitutifs du CDMT	

PREMIERE PARTIE :

BILAN DE LA PREMIERE PHASE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE.

1.1. Pertinence des objectifs du PNDS et des stratégies de mise en œuvre au vu des résultats de la phase I du PNDS :

1. Les objectifs du Plan National de Développement Sanitaire concernent : l'amélioration de l'état de santé de la population avec en priorité la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile et la maîtrise de la fécondité ; la réponse aux besoins de santé de la population en veillant particulièrement à l'égal accès à des soins de qualité. La première phase quinquennale de mise en œuvre de ce plan, c'est à dire le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS 1998-2002), a été articulée autour de onze (11) orientations stratégiques qui ont été ramenées dès 1999 à 10. En effet, la onzième stratégie qui concernait la protection des groupes vulnérables a été transférée en même temps que la Direction de l'Action Sociale (DAS) au secteur du développement social.

2. Aujourd'hui encore, après l'exécution de cette première phase, malgré les résultats qui ont été enregistrés dans les différents domaines d'intervention, les objectifs restent plus que jamais pertinents. La mortalité des mères et des enfants reste préoccupante et la fécondité est relativement élevée. En effet, la mortalité infantile se situe à 64‰ selon l'ESIS 99 alors que l'objectif initialement fixé était de 54‰ en 2002. Tout indique que cet objectif n'a pas été atteint ce qui pourrait être confirmé par l'EDS IV.

3. Manifestement, il convient de réviser les stratégies du PNDS au seuil de cette deuxième phase de sa mise en œuvre pour que les investissements consentis (dépenses en santé de 1998 à 2002 évaluées à 139% par rapport au budget prévisionnel initial) se traduisent par une amélioration notable des indicateurs de santé. Déjà, l'avènement du document de stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP) a permis au Ministère de la Santé de recadrer les programmes de santé au bénéfice des cibles vulnérables par des stratégies novatrices : (i) Amélioration de l'accès des pauvres à des services sociaux de qualité (couverture passive en postes de santé, relèvement du plateau technique des structures de références, développement du système de référence/contre référence); (ii) Promotion de la prévention; (iii) Communication pour le changement de comportement; (iv) Hygiène et assainissement; (v) Vaccination; (vi) Prophylaxie des maladies endémiques.

1.2 PNDS et Approche programme :

4. L'approche programme a été utilisée comme outil de gestion pour la mise en œuvre du Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS : 1998-2002) qui constitue la première phase quinquennale de mise en œuvre du PNDS. L'option faite sur cette approche relativement nouvelle était guidée par la nature du programme sectoriel santé qui, pour la première fois, offrait concrètement un cadre unique d'intervention pour tous les acteurs. Les caractéristiques importantes de l'approche programme sont : la globalité du programme, le partage d'objectifs communs par tous les acteurs, la volonté de mettre ensemble toutes ressources pour atteindre ces objectifs à travers les orientations stratégiques retenues. Une telle dynamique nécessite bien évidemment un minimum de règles: le partage de l'information pour une meilleure lisibilité des interventions, la transparence dans la gestion, le respect de procédures communes, la culture du partenariat de la part de tous les acteurs et la mise en place de mécanismes appropriés pour s'assurer que toutes ces règles sont respectées.

5. L'approche programme pouvait être de prime abord jugée comme ambitieuse. Le passage de l'approche projet à l'approche programme était somme toute brutal, sans étape intermédiaire d'apprentissage alors qu'il y avait une trop grande différence de capacités entre les acteurs. Cette différence était réelle au sein même du ministère entre ses échelons. Les collectivités entraient aussi dans l'ère de la décentralisation et devaient apprendre les nouvelles règles liées au transfert de compétences. La société civile en pleine mutation était également très hétérogène et les ONG qui devaient être des partenaires de premier plan n'avaient pas toutes les compétences requises. Les partenaires au développement, sûrement plus à l'aise avec l'approche projet, devaient également accepter de partager les informations et d'adapter leurs procédures parfois très rigides au contexte du programme où la recherche de consensus sur les grands dossiers devait être la règle.

6. La volonté de respecter les principes et règles de l'approche programme a amené le ministère et ses partenaires à instituer un système de coordination et à adopter un cycle de planification et un minimum de règles dans la conduite du processus de cette planification. Un manuel de procédures de gestion financière et comptable a été élaboré en vue d'harmoniser progressivement les procédures des partenaires extérieurs même si cela pouvait sembler à priori utopique.

7. Au plan de la coordination, il faut noter la mise en place d'instruments qui se sont révélés efficaces à la pratique. Il s'agit des réunions annuelles conjointes qui, du reste, ont été régulièrement tenues. Le plan de mise en œuvre des recommandations qui est élaboré à la suite de chacune de ces réunions fait l'objet d'un suivi régulier et d'une évaluation à la fin de la période indiquée. En plus de la RAC, le programme s'est doté d'autres instruments de coordination à savoir les réunions trimestrielles du comité interne de suivi et les missions conjointes de supervision semestrielles.

8. C'est ainsi que les partenaires ont pu donner leur avis sur les grandes options et ont pu accompagner le ministère dans le recentrage des actions autour des objectifs du PDIS notamment en matière de santé de la reproduction et de lutte contre la maladie. Aussi des domaines qui jusque là étaient considérés comme relevant de la souveraineté ont-ils fait l'objet de concertations avec les partenaires dont les avis ont été pris en compte, qu'il s'agisse de la réorganisation du ministère avec la création récente de la DRH ou de l'élaboration de certaines lois en rapport avec la réforme hospitalière ou la mutualité. C'est dire que le champ de concertation entre les partenaires et le Gouvernement s'est élargi pratiquement à toutes les questions stratégiques qui touchent le secteur de la santé. L'existence de chef de file des bailleurs a contribué à faciliter les relations de travail avec ces derniers. Il est arrivé, par le biais de cette concertation, que des partenaires prennent le relais d'autres partenaires qui n'ont pas pu honorer leurs engagements dans certains domaines.

9. On a souvent noté une certaine solidarité devant des problèmes cruciaux comme le boycott du SIG par le syndicat unique des travailleurs de la santé (SUTSAS) au cours des premières années du programme, boycott qui a obligé le ministère et les partenaires à mener en 1999 l'enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé (ESIS). La même dynamique a continué pour pallier l'indisponibilité du Ministère de l'Economie et des Finances de faire l'EDS4.

10. Concernant les autres acteurs, la collaboration avec le Ministère de la Santé n'a pas donné tous les résultats escomptés. Le protocole signé avec l'Université n'a pas été vraiment exploité par les deux parties. En dehors de la convention signée avec la clinique de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Aristide Le Dantec (CGO) pour la formation de compétents en soins

obstétricaux d'urgence (SOU) et l'organisation de missions ponctuelles de supervision des spécialistes des régions par l'Université, il n'y a pas d'autres résultats palpables. Le processus de la révision des curricula a été juste amorcé mais cette réforme n'est pas encore effective. A propos des ONG, les expériences ont certes été intéressantes, mais tout indique que le partenariat avec la société civile doit être revu. Les difficultés rencontrées dans ce domaine sont surtout liées à l'insuffisance du système de suivi/évaluation des projets d'ONG financés par le PDIS pour évaluer réellement leur impact dans l'amélioration des prestations. La collaboration avec les collectivités locales a été timide et parfois empreinte d'une certaine méfiance, surtout au début de la décentralisation, avec toutes les difficultés rencontrées dans la mobilisation des ressources du Fonds de Dotation (FDD) allouées au secteur de la santé. Il faut ajouter à cela que le Ministère de la Santé et de la Prévention, conjointement avec le Ministère en charge des Collectivités Locales, n'a pas accompagné les collectivités à la prise en charge de la compétence Santé. Pour le cas particulier de la participation du secteur privé à la mise en œuvre du programme, pratiquement aucune avancée n'a été notée. Dans une moindre mesure, il a été enregistré, dans le secteur privé pharmaceutique, des actions notables dans les domaines de la promotion des génériques et de l'extension de la couverture du pays en officines.

11. Mais globalement, la coordination des partenaires extérieurs a été un succès. C'est peut-être même un des premiers points forts du PDIS. Il est clair en effet que la coordination de l'intervention des partenaires s'est améliorée et le Ministère de l'Economie et des Finances a toujours accompagné le Ministère de la Santé dans ce domaine. Les actions redondantes sont devenues rares du fait de la lisibilité des activités financées par la plupart des partenaires. La structure du plan d'opération annuel est telle que les informations relatives à toutes les activités programmées sont mentionnées : le centre de responsabilité, la nature de l'activité, l'objectif de référence, la période, le budget et la source de financement. Il y a également une nette amélioration dans la transparence de la gestion. Le rapport financier annuel fait le bilan de l'exécution du PDIS et détermine les performances par rapport à la programmation, source par source.

12. Il faut cependant relever un certain nombre de contraintes qui nécessitent de part et d'autre une réflexion approfondie et la prise de mesures courageuses si l'on veut insuffler une nouvelle dynamique à l'approche programme au niveau du secteur de la santé.

13. La première contrainte est liée à l'insuffisance des capacités en matière de gestion du système surtout au niveau central, régional et de district. Or, le nouveau contexte de partenariat lié à l'approche programme du PDIS nécessite des capacités particulières pour une certaine efficacité dans la coordination et le suivi des actions à tous les niveaux. Les seules mesures prises dans ce domaine ne concernent pour le moment que le niveau central à travers la création de la CAS/PNDS, et le renforcement de la DAGE. Les régions et les districts par contre n'ont pas été renforcés en conséquence. C'est seulement en 2002 qu'on a affecté des comptables au niveau régional. Les équipes cadres aux niveaux intermédiaire et périphérique qui du reste sont très réduites manquent manifestement de capacités en matière de planification, de passation des marchés, de gestion financière et comptable et en matière de contractualisation. Dès lors, la coordination des interventions à leur niveau s'avère difficile, d'abord du fait de l'insuffisance des capacités, ensuite à cause de la trop forte centralisation de la gestion des affaires touchant à la santé. Cela réduit finalement ces équipes à de simples exécutants, des exécutants qui ne maîtrisent pas toujours les ressources qui leur sont allouées.

14. La deuxième contrainte est liée à la persistance de procédures spécifiques pour la plupart des bailleurs sans référence aucune à des procédures communes de l'Etat, surtout en matière de passation des marchés et de gestion financière et comptable. On note d'ailleurs une certaine discordance dans les cycles de planification de certains projets qui ne respectent pas le cycle budgétaire de l'Etat. Les tentatives d'harmonisation des procédures des bailleurs n'ont pas réussi ; elles n'ont concerné jusque là que le taux de perdiem qui est toujours différent selon le partenaire. Ce manque d'enthousiasme à aller vers une harmonisation des procédures des bailleurs, en se référant aux procédures de l'Etat rend difficile le rôle de leadership de ce dernier. C'est ainsi que la DAGE qui était censée assurer la gestion des ressources du PDIS, quelle que soit la source, ne centralise finalement que les fonds d'environ un sixième des partenaires. Les agences du système des nations unies et la coopération bilatérale sont hors de ce cadre, à l'exception de Taïwan.

15. La troisième contrainte majeure est liée à l'absence de cadres formels pour un appui stratégique des partenaires dont le rôle consiste, le plus souvent, à donner un avis sur les réformes et les grandes orientations du secteur, soit individuellement, soit par le canal de leur structure de coordination. Pourtant les partenaires extérieurs disposent d'une expertise de qualité dans leurs domaines de compétences. Il doit être possible de créer une structure formelle pour mobiliser toutes ces énergies et compétences afin d'apporter un appui stratégique véritable à la politique de développement du secteur de la santé. Cela est d'autant plus nécessaire que le secteur de la santé est souvent précurseur dans les grandes réformes gouvernementales et est, par conséquent, en apprentissage permanent.

16. Au vu de tout ce qui précède, la seconde phase du PNDS devrait être mise à profit, dans le nouveau contexte de la mise en œuvre du DSRP, pour prendre des mesures d'envergure aptes à lever les contraintes majeures rencontrées avec l'approche programme. Ces mesures doivent consister en trois points :

- (i) Le renforcement du système de santé au niveau intermédiaire et périphérique en mettant l'accent sur le développement des capacités de gestion des équipes cadres de district ;
- (ii) L'adoption par l'Etat et les partenaires de procédures communes en matière de passation des marchés et de gestion financière et comptable. Pour ce faire, l'appui budgétaire et la décentralisation de la gestion financière seraient des outils appropriés ;
- (iii) La mise en place de groupes de travail formels regroupant les experts nationaux reconnus pour leurs compétences et les experts des organisations d'aide extérieure avec comme mandat de donner, à chaque fois que de besoin, un avis consultatif sur le développement du secteur dans les différents domaines pertinents identifiés.

1.3 Réalisations du PDIS : Contraintes et Difficultés rencontrées

1.3.1. REFORMES

17. Les réformes inscrites sur l'agenda du PDIS concernent l'organisation du Ministère de la Santé, le sous secteur hospitalier, le sous secteur de la pharmacie et du médicament et le financement de la santé.

1.3.1.1. Organisation du Ministère de la Santé

18. L'organisation du Ministère de la Santé a été particulièrement instable au cours de la première phase du PNDS. Les multiples changements, intervenus dans l'organigramme du ministère depuis 1998, n'ont pas permis d'expérimenter un seul des schémas organisationnels proposés, parce que le ministère n'a jamais eu le temps de finaliser les arrêtés d'application des trois décrets qui se sont succédés. Cependant, la création de la direction des études, de la recherche et de la formation (DERF) a permis de mettre en œuvre avec succès le plan national de formation (PNF) et de faire de la décentralisation de la formation des paramédicaux une réalité. On a noté aussi la reprise du système d'information à des fins de gestion (SIG) malgré le retard qui a été accusé sur le volet informatisation. La mise en place de la Direction des Etablissements de Santé (DES) a également aidé à l'avancement de la réforme hospitalière. De la même façon, le renforcement du laboratoire national de contrôle des médicaments (LNCM) commence à porter ses fruits avec la possibilité actuelle d'assurer la surveillance de la qualité des médicaments et des vaccins utilisés au Sénégal grâce à l'élargissement des compétences du personnel et le renforcement des équipements de cette structure. Enfin, la création de la Direction de la Prévention a consacré la prévention au rang des priorités du secteur avec, comme effet direct, la relance effective du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

1.3.1.2. Réforme Hospitalière

19. Au plan de la réforme hospitalière, des avancées certaines ont été notées. Les lois relatives à la réforme, la prise de décrets érigeant les hôpitaux et autres structures ciblées comme la pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) en Etablissements Publics de Santé (EPS), la fonctionnalité effective de tous les organes de gestion prévus par la loi au sein des EPS dont les conseils d'administration et la transparence apportée à la gestion du fait de l'application des nouveaux outils de gestion et l'avènement des projets d'établissement sont autant de réalisations qui indiquent que la réforme hospitalière poursuit son chemin. On a même enregistré des innovations dans certains EPS, dans le domaine de l'assurance qualité des soins, qui méritent d'être documentées pour servir d'exemple.

20. Il faut déplorer l'insuffisance du financement des projets d'établissement, ce qui à la longue, peut compromettre la réforme. Les subventions de l'Etat ne sont pas corrélées à des objectifs définis conjointement, ce qui pose le problème de la pertinence dans l'allocation des ressources de l'Etat aux EPS. On devrait véritablement s'orienter vers la définition de critères d'allocation qui lient la subvention aux résultats de la structure. Sur un autre plan, le rôle de référence de l'hôpital pour le niveau intermédiaire n'est pas suffisamment systématisé. La référence-contre référence doit être entièrement réorganisée et l'accent devra être mis davantage sur la qualité des services.

1.3.1.3. Pharmacie et Médicaments

21. Dans le domaine du médicament et de la pharmacie aussi, le programme des réformes a été exécuté. Le décret relatif au droit du pharmacien à la substitution a fait l'objet d'un arrêté d'application dont les outils nécessaires pour la mise en œuvre ont tous été élaborés. La liste de médicaments essentiels génériques est régulièrement révisée selon les délais prescrits. La promotion des génériques dans le privé a été mise en route. Les médicaments essentiels génériques (MEG) sont maintenant disponibles dans les officines. Il faut également souligner

le renforcement des capacités de la direction de la pharmacie et des laboratoires par la formation de cinq inspecteurs en pharmacie parmi ses cadres. La cohérence de l'ensemble de ces actions sera assurée dans le document de politique pharmaceutique en cours.

22. Malgré l'avancée notée dans ces réformes, les médicaments restent relativement chers dans les formations sanitaires publiques. Il convient de prendre les dispositions nécessaires pour le respect des marges bénéficiaires fixées en la matière. Cependant, il faut engager la campagne nationale de promotion des génériques sur la base d'un plan de communication pour arriver à une bonne sensibilisation des prescripteurs, des dispensateurs et du grand public.

1.3.1.4. Financement de la Santé

23. Le dernier domaine des réformes concerne le financement de la santé. La loi sur la mutualité a été promulguée ce qui vient combler un vide juridique mais le décret d'application n'est pas encore pris. Le processus de révision du décret relatif aux comités de santé est également très avancé. En même temps des études sont en cours pour apporter une solution au phénomène d'exclusion dans l'accès aux soins de qualité. Les comités de gestion prévus dans le cadre de la décentralisation dans le secteur de la Santé ne sont pas fonctionnels jusqu'ici.

24. Des mesures hardies devraient être prises pour un meilleur accès des populations aux soins, avec des modalités particulières de prise en charge des groupes vulnérables. Sous ce chapitre, les seules initiatives prises ont concerné les mutuelles de santé. De sept (07) au début du programme elles ont été portées à plus de 100 en fin 2002. Il reste à améliorer le cadre institutionnel actuel et à assurer la complémentarité avec les autres formes de solidarité tout en mettant l'accent sur les mutuelles à base communautaire.

1.3.1.5. Gestion Financière et Comptable

25. La gestion financière et comptable a été fortement centralisée au cours du PDIS. La mobilisation financière a été dès lors très difficile au niveau opérationnel ; ce qui explique en partie les faibles performances enregistrées en terme de décaissement. La qualité de la dépense n'a pas également été assurée et le processus de budgétisation nécessite des améliorations. L'ensemble de ces questions ont été analysées à travers la Revue des Dépenses Publiques (RDP) dont les principales conclusions sont les suivantes :

« Sur les financements :

26. Au cours du PDIS, le secteur de la Santé a bénéficié d'un flux de ressources financières qui en termes courants peut être estimé à FCFA 351 milliards soit près de 59 milliards par an en moyenne.

27. Le budget de fonctionnement du Ministère de la Santé a connu une hausse régulière sur la période supérieure à celle du PIB et à celle du budget total de fonctionnement de l'Etat, sans cependant atteindre la part relative de 9% ¹ de ce dernier. Ces allocations budgétaires annuelles ont été exécutées à des niveaux de plus de 85%.

¹ La part de la Santé dans le budget Fonctionnement de l'Etat était estimé à 8,25% à la fin du PDIS.

28. Globalement, le niveau des dépenses dont a bénéficié la Santé a été supérieur de 30% en termes nominaux à ce qui était prévu dans le cadre des dépenses à moyen terme du PDIS sur la période. A l'exception des Collectivités Locales, toutes les parties prenantes ont dépassé la contribution qui était attendue d'elles dans ce schéma de financement prévisionnel.

29. Le flux de ressources dans sa répartition a surtout été favorable au niveau opérationnel (77%) et aux investissements dont la part relative dans la dépense publique de Santé a augmenté comparativement aux prévisions du PDIS.

30. Le financement de l'Etat est surtout allé au personnel et au fonctionnement. Les partenaires ont financé le fonctionnement hors personnel et l'investissement, les Collectivités Locales et les Populations se sont surtout investies dans les charges récurrentes des structures de santé. En ce qui concerne le médicament, les principaux financiers de cette dépense ont été l'Etat (53%) et les populations (38%).

31. Les circuits de financement font montre de certains dysfonctionnements notamment en ce qui concerne l'exécution des ressources allouées via le FDD. Cela entraîne des risques de déperdition dans les montants alloués et des retards certains dans l'arrivée des ressources à destination. Les données sur la répartition des ressources financières et non financières montrent que les régions pauvres sont défavorisées sur ce plan. Le processus d'allocation budgétaire de l'Etat ne permet toujours pas de tenir compte des nouvelles orientations du secteur...

32. Les principaux programmes ont bénéficié pour leurs activités d'importantes ressources financières s'élevant à FCFA 37 milliards dont les 80% sont allés aux trois programmes majeurs (VIH/SIDA 30% ; PEV 26% ; Paludisme 25%).

☞ **Principales conclusions :**

33. Les dépenses publiques de santé ont connu une évolution favorable en termes absolus et courants sur la période 1997-1998 par rapport aux prévisions dans la stratégie et au plan de développement sanitaire. Le niveau relatif de 9% du budget de fonctionnement de la Santé demande à être mieux qualifié, tant du point de vue des paramètres utilisés que de son champ d'application.

34. Les allocations budgétaires, si l'on se fie aux données de réalisations des deux premières années de la RDP sont, dans l'ensemble, respectées. Nous aboutissons à un bon niveau d'absorption des crédits de fonctionnement du Ministère de la Santé. Mais on peut néanmoins s'interroger sur la qualité de la dépense ainsi réalisée à cause des pressions qui s'exercent sur les ordonnateurs de crédits en fin d'exercice en l'absence de possibilités de reports aux prochains exercices des crédits non consommés au cours de l'exercice courant. Une étude plus détaillée de la question pourrait proposer des solutions pertinentes

35. La contribution de l'Etat et des populations a été au-delà de ce qui était prévu, montrant ainsi la grande implication de ces parties prenantes dans l'effort national de Santé...

36. Si dans l'ensemble la tenue des principaux indicateurs a été positive, le niveau recherché a cependant rarement été atteint (problèmes de données ou de corrélation insuffisante entre les dépenses publiques de santé et la tenue contemporaine des indicateurs).

37. La Revue des Dépenses Publiques de Santé a montré une évolution de leur structure en faveur de l'investissement et la réduction relative de la part des dépenses de personnel dans le secteur de la Santé. Grâce à un meilleur contrôle à priori des dépenses projetées et des procédures initiées au niveau de la DAGE, l'exécution des dépenses a pu être rendue plus conforme que par le passé aux objectifs du secteur.

38. La bonne tenue du niveau des dépenses publiques de santé sur la période 1997-2002 n'a pas particulièrement profité aux populations vivant dans les régions réputées les plus pauvres. Cela serait en partie imputable aux règles d'allocation budgétaire de ces ressources qui ne font pas intervenir un facteur discriminant qui tiendrait compte de la situation économique des zones où sont implantées les structures sanitaires bénéficiaires de ces ressources publiques.

39. L'accessibilité géographique mesurée par les distances ou durées moyennes d'accès aux structures sanitaires et l'accessibilité représentée par la capacité financière de faire face aux redevances exigées pour prétendre au bénéfice des prestations sont encore problématiques pour les régions pauvres.

☞ **Recommandations essentielles :**

40. La Revue des Dépenses Publiques et des politiques qui les sous-tendent a montré la nécessité de définir le prochain programme de santé autour d'une stratégie en relation avec les objectifs de lutte contre la pauvreté et les engagements constitutionnels de l'Etat « Droit à la Santé ».

41. Les ressources publiques devraient être allouées avec une plus grande considération aux objectifs du secteur traduits en critères précis de discrimination positive en faveur des zones géographiques et des catégories sociales les plus pauvres. Cela est bien entendu difficilement réalisable dans le cadre institutionnel actuel.

42. Une attention plus poussée devrait être accordée à la prise en charge des dépenses récurrentes. Il faudra de plus en plus lier les dépenses en capital aux charges de fonctionnement inhérentes aux nouvelles capacités installées. A ce titre, une réorientation des ressources vers le bon fonctionnement des structures de santé est souhaitable.

43. L'efficacité du système de santé repose aussi sur la qualité des prestations. La présente revue des dépenses a montré que l'insuffisance des moyens constituait un frein à l'amélioration de la qualité des soins. C'est pourquoi, il convient d'accorder, de plus en plus, une grande importance aux aspects ci-après :

- Qualité et disponibilité des ressources humaines : le renforcement de la formation et la qualité du recrutement du personnel ;
- Relèvement et maintien de la qualité du plateau technique ;
- Disponibilité des médicaments ;
- Programmes orientés vers la lutte contre les principales maladies.

44. La Santé a longtemps souffert d'un manque de coordination efficace des actions menées dans ce secteur : diversité des programmes, pluralité des intervenants, absence d'une vision stratégique dominante, ... »

1.3.2. ACCES AUX SOINS

45. L'amélioration de l'accessibilité géographique des services de santé constitue une stratégie majeure du PDIS. L'importance de cette stratégie tient au fait qu'une bonne partie de la population sénégalaise, surtout les populations rurales, vit à plus de 5 kilomètres du poste de santé le plus proche. Des régions comme Tambacounda et Kolda accusent les déficits en postes de santé ruraux les plus importants avec un rayon moyen d'action de loin supérieur à 15 km. Les mêmes problèmes d'accès sont observés avec les centres de santé et les hôpitaux. Deux (2) régions sur les dix (10) que comptait le pays en 1998, ne disposaient pas d'hôpital, ce qui était à la base de l'objectif du PDIS "une région, un hôpital régional "

46. Les besoins en infrastructures sanitaires au démarrage du PDIS s'établissaient ainsi qu'il suit : 1 hôpital régional, 4 nouveaux centres de santé, 151 postes de santé ruraux et 94 postes de santé urbains. Cependant l'accès aux soins ne pouvait être réduit à la seule dimension géographique. La grande partie des infrastructures existantes avant le PDIS n'inspiraient plus confiance, du simple fait de leur état de dégradation avancée. Elles nécessitaient manifestement une réhabilitation. Il fallait aussi procéder au relèvement du plateau technique des centres de santé de référence ciblés pour abriter les blocs opératoires prévus dans le cadre du renforcement de la prise en charge des urgences obstétricales et prendre des initiatives pour améliorer l'accessibilité financière des services.

47. Le PDIS a permis de réaliser des investissements qui dépassent de loin les prévisions au niveau du sous-secteur des hôpitaux. A titre d'exemple, quatre hôpitaux dont un à Dakar ont été construits à la place des deux prévus sans compter les réhabilitations importantes au niveau des hôpitaux du CHU avec la création ou le déplacement de certains services spécialisés comme la chirurgie cardiaque et l'ORL. En plus, à la suite de l'approbation de sept (7) projets d'établissement, les négociations avec les partenaires au développement ont abouti aujourd'hui à des engagements fermes pour financer partiellement ou totalement la construction/réhabilitation de six (6) hôpitaux dont trois (3) nouveaux (Matam, Dalal Diam et Pikine). Le programme de construction de nouveaux centres de santé et de réhabilitation des centres existants a été réalisé dans le respect des prévisions.

48. En ce qui concerne les nouvelles créations de postes de santé, le taux de réalisation est d'environ 26% sur les 245 postes de santé initialement prévus. C'est dire que le besoin en postes de santé reste important. Ce score timide est à déplorer si l'on considère l'existence de zones encore très mal desservies surtout dans des régions frontalières comme Kolda, Tambacounda, Matam et une partie de la région de Louga. Il faut rappeler que les partenaires au développement avaient exprimé dès le départ leurs réserves pour de nouvelles créations de postes de santé vu, le déficit en personnels qui frappait le département. Les prévisions étaient en effet difficilement défendables dès lors que bon nombre de postes de santé existants sont restés fermés deux ans ou plus, du simple fait de l'absence d'infirmier. Cette question n'a connu un début de solution qu'en 2001 avec le recrutement de la première vague de contractuels. Il faut déplorer cependant le retard noté dans la réalisation des infrastructures et l'acquisition des équipements qui n'ont été acquis que dans les deux dernières années du PDIS.

49. En plus, des efforts ont été consentis en matière de logistique pour renforcer la supervision et les stratégies avancées qui améliorent nettement l'accès à certaines activités comme la vaccination et la CPN. La dotation des centres de santé en ambulances, pour assurer

de meilleures conditions d'évacuation des malades participe de la même logique d'amélioration de l'accessibilité des soins de même que les réformes dans le domaine de la pharmacie et du médicament.

50. Les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de ce volet tiennent essentiellement à l'inexistence d'une carte sanitaire qui aurait l'avantage d'offrir un cadre de planification plus fiable en matière d'infrastructures, d'équipements et de personnels. La carte sanitaire, qui a fait l'objet d'un arrêté ministériel, n'est en fait qu'une carte hospitalière. Elle ne concerne pas les centres de santé et les postes de santé. On ne peut d'ailleurs pas affirmer que la carte hospitalière a été respectée avec tous les dépassements constatés dans la réalisation d'hôpitaux. Cela montre qu'il faut veiller à ce que le processus d'élaboration de la carte sanitaire permette d'impliquer effectivement tous les acteurs concernés, de la phase de conception jusqu'à l'élaboration de lois ou de décrets y afférents, ceci pour assurer son appropriation par le Gouvernement, les collectivités locales les populations et l'ensemble des partenaires du ministère chargé de la santé.

51. Au cours des cinq (5) prochaines années il conviendra de mettre particulièrement l'accent sur :

- i) la construction/réhabilitation de postes de santé
- ii) l'extension de la couverture en centres de santé dans certaines agglomérations importantes pauvres et enclavées du pays
- iii) le renforcement du plateau technique des centres de santé
- iv) le renforcement du plateau technique des EPS avec l'appui aux projets d'établissement

Il convient de mettre en place un système de solidarité et de subvention pour améliorer l'accès des pauvres aux soins de santé.

1.3.3. QUALITE DES SOINS

52. L'amélioration de la qualité des soins est une stratégie complémentaire de celle qui est relative à l'accès. L'accent a été particulièrement mis sur la formation de spécialistes (chirurgiens, pédiatres et gynécologues) et de compétents mais également la formation continue des agents. L'amélioration de la qualité des soins passe aussi par le relèvement du plateau technique des formations sanitaires, l'amélioration des conditions de travail notamment par la mise à disposition d'équipements adéquats. C'est ainsi que le renouvellement partiel des équipements biomédicaux a été opéré au niveau de tous les échelons de la pyramide, sans compter l'équipement systématique des structures nouvellement créées. Trois scanners ont été acquis pour le CHU et plusieurs centres de santé ont été dotés en appareils d'échographie dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

53. La culture de la démarche qualité a été surtout introduite au niveau des EPS à la faveur de la réforme hospitalière. Il faut cependant veiller à l'extension de cette démarche qualité au niveau des échelons inférieurs. C'est dans ce cadre que l'expérience en cours au niveau de certains centres de santé de Dakar devrait être généralisée. Dans ce processus, les usagers devraient être impliqués dans l'identification des problèmes rencontrés et la recherche de solutions. La charte du malade constitue un début de réponse au niveau des EPS.

1.3.4. DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

54. Le volet développement des ressources humaines a connu beaucoup de réalisations avec le PDIS. Les effectifs du ministère ont été mieux maîtrisés à la suite de deux études (IPGP et l'étude sur la DRH). Ces effectifs ont été sensiblement augmentés avec le respect du programme annuel de recrutement de 250 agents et par le biais de la contractualisation même si le déficit actuel est encore estimé à 3000 agents. La plupart de ces nouveaux agents ont été affectés dans les régions. Plusieurs études ont été menées ou vont l'être incessamment. L'étude sur la DRH a permis de concrétiser le projet de création d'une Direction des Ressources Humaines depuis la prise du décret de juin 2003 organisant le Ministère de la Santé. Cette direction n'est toutefois pas fonctionnelle à ce jour. Les études programmées donneront à la nouvelle direction des outils nécessaires pour remplir ses missions. Le plan de formation qui a été élaboré au démarrage du PDIS a été totalement exécuté et quelques 400 bourses ont été accordées en cinq ans avec un accent particulier sur les spécialités. L'évaluation du PDIS a cependant montré que les besoins en formation sont loin d'être couverts du fait que la formation délivrée n'a pas toujours correspondu aux besoins réels. Ainsi, il convient de revoir la question de l'adaptation de la formation aux besoins du système. En d'autres termes il faut procéder à une révision des curricula. Cela est déjà effectif à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS). Le processus, comme indiqué auparavant, est également bien engagé au niveau de l'Université. L'évaluation du plan de formation proprement dit approfondira l'analyse de cette question et il faut, d'ores et déjà, envisager l'élaboration d'un nouveau plan de formation. Ce plan devra tenir compte de l'augmentation des capacités de formation qui sera effective avec la construction du bloc scientifique de l'ENDSS et de l'ouverture de trois centres régionaux de formation en octobre 2003. Des outils comme la carte sanitaire aideront à une bonne planification.

55. Le développement des ressources humaines devra être réaffirmé comme la priorité au cours de la deuxième phase du PNDS. Tous les problèmes de management rencontrés dans la mise en œuvre du PDIS découlent, en grande partie, de l'insuffisance des capacités et il n'est pas évident que le focus ait été suffisamment mis à ce niveau dans le passé. C'est dans cette optique que le système de santé en général devrait être renforcé, surtout au niveau opérationnel. Les effectifs des équipes cadres sont actuellement réduits au minimum si l'on tient compte des compétences requises avec tous les nouveaux projets en chantier en matière d'aide budgétaire et de décentralisation de la gestion financière et comptable.

56. Il conviendra de mettre particulièrement l'accent sur :

- (i) Le renforcement des institutions de formation qu'il s'agisse de la faculté de médecine ou des écoles de formation de paramédicaux publiques et privées, nationales ou régionales, pour augmenter de façon significative les capacités de formation initiale et continue pour assurer la disponibilité de tous les profils sur le marché.
- (ii) La création d'un cadre approprié pour promouvoir la contractualisation afin de mobiliser des ressources humaines additionnelles, en partant de l'élaboration d'un document de politique claire dans ce domaine.

1.3.5. LUTTE CONTRE LA MALADIE :

57. Deux stratégies concernaient ce volet voire même trois : l'accroissement des performances des programmes de lutte contre les maladies transmissibles, y compris la lutte contre le VIH/SIDA et le renforcement de la surveillance épidémiologique.

58. La lutte contre la maladie, ramenée au contexte du PDIS, cible davantage la protection du couple mère-enfant. C'est pourquoi l'accent est mis sur les approches intégrées. C'est dans ce cadre qu'il faut placer la promotion de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et du paquet d'activités intégrées de nutrition (PAIN). La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, tout en assurant la globalité et la continuité des soins avec une garantie de la qualité des services, permet une meilleure implication des mères dans la prise en charge des maladies de leurs progénitures. C'est pourquoi, tous les prestataires de services du Ministère de la Santé doivent être formés sur la prise en charge des maladies de l'enfant. La PCIME s'étend progressivement au niveau des districts dont un peu plus de la moitié est couverte à l'heure actuelle. Le paquet d'activités intégrées de nutrition (PAIN) est mis en oeuvre à deux niveaux : au niveau des structures sanitaires et au niveau de la communauté. A cet effet, les formations se sont déroulées à l'intention des équipes cadres des régions et des districts, des Infirmiers chefs de poste (ICP) et des relais communautaires. La mise en oeuvre du PAIN est effective dans les zones couvertes par la PCIME dont cette stratégie est complémentaire. L'introduction de la PCIME et du PAIN au niveau de l'ensemble des districts sanitaires est nécessaire pour aspirer à la réduction rapide et durable du taux de mortalité et de morbidité chez les groupes cibles. Il faut veiller en même temps à une redéfinition et au développement du Paquet minimum d'activités (PMA) et à un recadrage des interventions à base communautaire (PMA Communautaire et SIG Communautaire). Au niveau des sites où le PAIN est implanté, on a noté une amélioration significative des taux de couverture en Vitamine A, en surveillance nutritionnelle et pondérale (SNP), en allaitement maternel exclusif (AME) et en consommation de sel iodé.

59. Au plan des programmes spécifiques de lutte contre la maladie, les principales réalisations concernent les maladies ciblées dans le PLCME (paludisme, bilharziose, onchocercose) et les IST/SIDA. Sur le plan institutionnel d'abord, il a été engagé, depuis 1998 un processus de réorganisation des services chargés de la lutte contre les grandes endémies. C'est ainsi que le PLCME avait prévu dans son budget un appui institutionnel pour accompagner cette réforme interne surtout dans le sens d'un renforcement des capacités d'intervention des services centraux et régionaux impliqués dans le contrôle des endémies (personnels, logistique, informatisation, etc.)

60. La lutte contre le paludisme a beaucoup évolué au cours du PDIS. Les premières années d'exécution du plan stratégique de lutte contre le Paludisme ont connu une phase d'accélération. Eu égard aux domaines d'interventions prioritaires, les activités développées concernent essentiellement la gestion du programme, le développement d'un partenariat dynamique, l'approvisionnement en médicaments et autres fournitures essentielles, le renforcement des capacités (formation, recherche et surveillance) ainsi que la promotion des interventions à base communautaire.

61. Concernant la promotion des interventions à base communautaire, le plan quinquennal accorde une place importante à la stratégie d'appropriation des mécanismes de prévention et de prise en charge des cas simples par les communautés. Cette vision a pour finalité d'amener

les acteurs communautaires à mener des actions sanitaires et à développer des initiatives au sein de la communauté en faveur de la lutte contre le paludisme. Il s'agit en particulier : (i) d'informer et de sensibiliser les acteurs communautaires ; (ii) de renforcer les compétences des acteurs communautaires ; (iii) de susciter une meilleure organisation autour du district ; (iv) d'appuyer les organisations communautaires de base et (v) d'amener les communautés à identifier les stratégies adaptées pour la réalisation des activités, y compris l'analyse des mécanismes de financement et de pérennisation des actions. D'importants lots de moustiquaires imprégnées (400.000 MI) ont été acquis avec le budget de l'Etat et l'appui du Japon. En plus, une commande équivalente à 200.000 MI a été faite par le biais de la PNA sur les fonds du crédit IDA 2951-SE. Cette relative amélioration de la disponibilité des MI a été accompagnée par une campagne de marketing social de la MI menée de main de maître par le secteur privé. La prise en charge communautaire commence aussi à s'implanter concrètement au niveau local sous l'égide des OCB (organisations communautaires de base) avec un important volet sensibilisation. Les collectivités s'impliquent dans les campagnes hivernales.

62. La recherche et la surveillance épidémiologique, volets importants de la lutte contre le paludisme ont bénéficié d'un appui important des partenaires au développement. Ces deux volets sont exécutés en partenariat avec l'UCAD, l'IRD et l'IPD. Les études prioritaires concernent les niveaux central et opérationnel. Un atelier national sur la recherche a eu lieu en février 2002. Un répertoire des études menées a été élaboré de même que le répertoire des centres d'imprégnation de moustiquaires. Deux structures de référence pour l'imprégnation ont été créées. La recherche sur l'efficacité des antipaludiques s'effectue au niveau des sites sentinelles et d'ores et déjà, une baisse considérable de l'efficacité de la chloroquine a été notée au niveau de la moitié de ces sites. Cinq protocoles sur les aspects socio-comportementaux et la surveillance de l'efficacité des insecticides sont élaborés. Les études portent également sur la quinine par voie intra rectale, les combinaisons thérapeutiques et le traitement préventif intermittent. Le résultat d'une partie des recherches connaît un début d'application avec la nouvelle politique thérapeutique notamment le passage de la chloroquine à la sulfadoxine pyriméthamine à titre préventif chez la femme enceinte.

63. Le traitement de masse contre la bilharziose pour les populations des villages situés dans les zones hyper-endémiques a démarré au cours du deuxième semestre 2003. Les équipes des régions ont été recyclées avant le démarrage de ce traitement. Le praziquantel est disponible à la PNA. Le programme qui a été conçu pour mener des enquêtes plus fines en milieu scolaire afin de compléter les données sur la bilharziose urinaire a été déjà réalisé pour neuf (9) régions. Il reste à couvrir Dakar et Thiès.

64. Au plan de la lutte contre l'onchocercose, les résultats obtenus depuis 1998 dans la zone d'endémie onchocerquienne sont concluants avec une couverture thérapeutique d'au moins 65 % dans la quasi totalité des villages éligibles ainsi qu'une couverture géographique de 100% chaque année. Les indicateurs épidémiologiques ont évolué favorablement, la transmission ayant baissé à un niveau qui ne pose plus réellement un problème de santé publique. La présence de parasites chez les enfants témoigne toutefois de la persistance de la transmission même, si le niveau reste très faible, d'où la pertinence du programme de surveillance actuellement mis en oeuvre dans le cadre de la dévolution de ce programme. Il faut rappeler que ce sont 611 villages qui sont concernés par l'onchocercose dans les quatre districts de la zone concernée (région de Tambacounda et l'arrondissement de Bonconto dans le département de Vélingara, région de Kolda), exposant plus de 160.000 habitants au risque de contracter l'onchocercose. Pour la surveillance épidémiologique, il existe un réseau de 73

villages répartis entre les 4 districts qui sont régulièrement évalués en vue de déterminer la prévalence de l'infection parasitaire et son incidence.

65. La transmission de l'onchocercose a été interrompue dans la zone du programme au Sénégal. La dévolution du programme national de lutte contre l'onchocercose est maintenant effective. Les activités résiduelles sont limitées à la surveillance épidémiologique et au traitement de masse des zones éligibles au traitement par l'ivermectine. C'est dans ce cadre que sont régulièrement menées des études entomologiques d'impact de l'ivermectine sur la transmission de l'onchocercose, en collaboration avec le laboratoire de biologie moléculaire du Centre de Surveillance Pluripathologique de l'OMS à Ouagadougou (Burkina Faso).

66. Rappelons aussi que, dans le cadre de la lutte contre la dracunculose, l'enquête réalisée en 1991 avait permis de dénombrer 1341 cas de ver de guinée répartis dans 68 villages des districts sanitaires de Bakel, Kédougou et Matam. Après d'intenses activités de lutte, l'incidence annuelle de la dracunculose est tombée à 0 cas en 1998 ; année à partir de laquelle le Sénégal est rentré dans la phase de pré-certification de l'éradication de la maladie. Du 06 au 19 octobre 2003, une équipe internationale de certification s'est rendue dans notre pays pour procéder à une enquête et préparer un rapport destiné à la commission internationale de certification de l'éradication de la dracunculose qui considérera positivement la certification de l'interruption de la transmission du parasite au Sénégal.

67. En matière de lutte contre le SIDA, il a été entamé une réflexion vers la fin de l'année 2001 pour la mise en place d'un cadre institutionnel plus adapté pour la lutte contre le SIDA et tenant compte davantage de son caractère multisectoriel. Le plan stratégique a donc été finalement élaboré et un nouveau cadre institutionnel mis en place avec la création du Conseil National de Lutte contre le SIDA doté d'un Secrétariat Exécutif. L'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISSARV) a augmenté ses capacités de recrutement et a amorcé sa décentralisation. L'extension des CDVA se poursuit normalement. La gratuité du traitement pour tous les malades du SIDA vient d'être décidé par les pouvoirs publics. Le taux de prévalence actuel est de 1% (2200 malades traités). Concernant les centres de dépistage volontaire et anonyme, dix (10) [centre de promotion Hyacinthe Thiandoum, Centre Ado de Guédiawaye, Thiaroye, centre de santé de Mbao, Hôpital Saint Jean de Dieu/Thiès, Thiaroye, Caritas Kaolack, AS VIE Ziguinchor, ASBEF Louga, Sokone] ont été réalisés et d'autres sont en voie de l'être.

68. Le point fait en 2001 sur la lutte contre la lèpre montre un taux de prévalence de 0,51 pour 10 mille habitants (seuil d'élimination fixé à 1 pour 10.000) avec 10,4% des malades qui sont atteints d'infirmité de degré 2. La polychimiothérapie est généralisée et le taux de régularité au traitement est de 90,6%. Ces bons résultats du Programme National de lutte contre la Lèpre (PNL) contraste avec ceux du Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT) où on note un fort taux de perdus de vue (30% en moyenne) avec seulement un taux de guérison autour de 50% au moment où le taux d'incidence de la tuberculose pulmonaire se situe autour de 60 pour 100.000 habitants.

69. Au plan de la lutte combinée contre la lèpre et contre la tuberculose, des initiatives ont été prises en 2002, pour créer les conditions de mise en œuvre de cette nouvelle stratégie, les deux programmes étant confrontés aux mêmes difficultés liées au caractère social et chronique des ces deux maladies. C'est ainsi qu'une mission de la DAHW au Sénégal en avril 2002 a été mise à profit pour discuter en profondeur sur cette question. Des visites de terrain ont été organisées, ce qui a permis de recueillir les avis des personnes clés. En définitive, la

partie nationale et le partenaire allemand ont convenu d'œuvrer pour une meilleure intégration des deux programmes de lutte. La stratégie qui a été élaborée a été exposée au cours d'un atelier de restitution tenue à l'occasion de la mission de la DAHW qui connaît assez bien l'expérience sur les programmes combinés d'un certain nombre de pays.

70. Le programme élargi de vaccination (PEV) a connu une véritable relance cette année avec une augmentation constante du nombre de districts ayant plus de 80% de couverture. La couverture en DTC3 pour le mois de septembre 2002 était de 65% contre 30% au moment où on démarrait la relance, ce qui montre bien les progrès accomplis en un an. Les JNV ont également donné des résultats excellents avec le système de porte à porte qui a permis de porter la couverture à près de 100%. Ces résultats s'expliquent par la priorité qui a été accordée à cette activité et surtout par les efforts fournis en direction des régions, depuis deux ans, en matière d'équipements en chaînes de froid, véhicules et motos. Aussi, l'approvisionnement des districts en vaccins a-t-il été fortement amélioré. La disponibilité en vaccins est de 95% en moyenne sur le plan national.

71. Le SIG n'a pas connu une importante évolution en 2002, en ce qui concerne son volet informatisation inscrit au tableau des réalisations prévues dans le cadre du PLCME. Les équipements (micro-ordinateurs et serveurs), qui sont une condition pour la réalisation des autres activités entrant dans l'automatisation du SIG, n'ont été mis en place à tous les niveaux qu'au cours du mois de mars 2004. Le monitoring est redevenu opérationnel depuis 2 ans. Les résultats du monitoring du second semestre 2002 indiquent une persistance de la sous fréquentation des postes de santé malgré une accessibilité relativement satisfaisante, problème qui, il est vrai peut relever de causes diverses variables d'un poste de santé à un autre. On observe toutefois une remontée de la couverture vaccinale comme le confirment les derniers rapports PEV qui indiquent des taux de couverture de l'ordre de 70% avec un score de 78 % en matière de qualité des données. La couverture de la consultation prénatale (60% sur le plan national) se maintient aussi à niveau moyen. Il faut en outre noter le retard qui a été accusé dans la mise en place du système de surveillance épidémiologique. C'est ainsi que, suite à la revue du portefeuille de l'IDA, il a été décidé conjointement qu'une partie des fonds du PLCME sera allouée à la Direction de la Prévention pour contribuer à mettre en place un système de surveillance épidémiologique véritablement opérationnel. C'est à ce titre que le plan de surveillance épidémiologique 2004-2008 a été élaboré. La mise en place du système permettra de mieux prendre en charge les maladies endémo-épidémiques. Les sites sentinelles pour la surveillance du VIH/SIDA, la surveillance des PFA, la surveillance épidémiologique de l'onchocercose dans la zone du programme restent les seuls sous-systèmes de surveillance réellement fonctionnels. La mise en place du réseau de laboratoires apte à accompagner le projet de mise en place d'un système national de surveillance épidémiologique pluripathologique suit son cours. Les efforts qui sont faits dans ce cadre restent cependant isolés même si des progrès ont été notés au cours du deuxième semestre 2003. Il s'agit de la fourniture de certains équipements (microscopes) et consommables à quelques laboratoires de région et de la formation des laborantins dans des domaines spécifiques tels que le diagnostic du paludisme.

72. Pour le cas particulier de l'épidémie de fièvre jaune de l'année 2002, qui a été jugulée assez rapidement, l'évaluation finale indique un total de 68 cas parmi lesquels 14 décès. Il s'agissait d'une épidémie essentiellement urbaine, avec comme épiceutre la ville de Touba, la plus peuplée du pays après la capitale Dakar et qui, en plus, constitue probablement la zone qui connaît le mouvement de populations le plus intense du pays. Voilà pourquoi le Gouvernement a aussitôt mis en place un comité national de gestion qui a organisé la riposte

par le renforcement de la surveillance épidémiologique sur l'ensemble du pays, l'organisation des activités de lutte antivectorielle, notamment à Touba et à Dakar et l'organisation d'une campagne de vaccination de masse dans toute la région de Diourbel, dans les districts de Fatick, de Gossas et de Guinguinéo (Région de Fatick), dans la commune de Tambacounda (Région de Tambacounda), dans les districts de Thiadiaye et de Khombole (Région de Thiès), dans les districts de Darou Mousty et Kébémér (Région de Louga.). Les résultats de cette campagne en terme de couverture par district se présentent comme suit : Touba 99% ; Bambey 96% ; Mbacké 97% ; Gossas 81% ; Fatick 91% et Tamabounda 94%.

73. En plus des fonds dégagés par l'Etat sur le budget national, plusieurs autres partenaires ont apporté leur appui financier et stratégique, ce qui a permis de disposer des vaccins et de supporter les autres frais liés à la campagne.

74. Au vu de tous ces résultats, il est clair que la lutte contre la maladie a été renforcée. Les actions suivantes permettront de faire un saut qualitatif dans les domaines de :

- (i) l'opérationnalisation du service national de l'information sanitaire ;
- (ii) la mise en place effective du système national de surveillance épidémiologique intégrée avec un cadre institutionnel approprié et le renforcement conséquent des capacités d'intervention des équipes centrale et régionale ;
- (iii) la clarification et le renforcement du cadre institutionnel du réseau de laboratoires pour le rendre plus opérationnel ;
- (iv) la consolidation de l'informatisation du SIG.

1.3.6. SANTE DE LA REPRODUCTION

75. L'orientation stratégique du PDIS relative à l'accroissement des performances du programme SR constitue un axe majeur du PNDS. L'accent a surtout été mis sur la qualité des prestations en matière de SR avec l'extension du COPE (Client Operative Provider Evaluation), le développement des soins obstétricaux de base (SOUB) et des soins obstétricaux d'urgence (SOU.) C'est dans ce cadre par exemple que les blocs opératoires des centres de santé de Goudiry et de Kounghoul (et bientôt de Kédougou et de Bakel) ont été rendus fonctionnels, ce qui a permis de débiter localement les césariennes avec la mise en place des équipes dont les médecins compétents en SOU. La formation et l'équipement des SFE jumelés à cette formation des compétents contribue également à l'amélioration de la qualité des consultations prénatales dont la couverture nationale se situe autour de 60%. En même temps l'assistance des spécialistes du CHU notamment dans la supervision des gynécologues des régions, a été renforcée.

76. Les dernières données en matière de mortalité maternelle datent de 1993 (EDSII), ce qui rend difficile la mesure de l'impact qu'ont pu avoir ces différentes activités en matière de santé de la reproduction. Au total dix (10) centres de santé offrent actuellement la césarienne : ceux de Guédiawaye, Kolda, Sédhiou, Rufisque, Mbour, Goudiry, Kounghoul, Touba, Kédougou et de Richard Toll. Les centres de santé de Tivaouane et de Thiadiaye n'ont pas pu reprendre leurs activités à cause des difficultés liées au départ des coopérants qui y intervenaient (manque de personnels, équipement vétuste, non-disponibilité du sang.). A titre d'exemple, le nombre de césariennes réalisées en 2002 au niveau des centres de santé de Goudiry et de Kounghoul est respectivement de 50 et 40. Le centre de santé de Bakel dispose maintenant d'une équipe compétente en SOU formée et ne devrait pas tarder à démarrer les césariennes.

Performances enregistrées en matière de surveillance de la grossesse et de l'accouchement

Tableau 1 : Couverture en CPN3 par région avant le PDIS (1996) et à la fin de sa première phase (2002)

Régions	Nombre de femmes ayant fait le CPN3 pour 100 grossesses attendues	
	Avant PDIS (1996)	Fin 1 ^{ère} phase PDIS (2002)
Dakar	21	41
Diourbel	20	43
Fatick	21	37
Kaolack	15	25
Kolda	ND	31
Louga	19	40
Matam	ND	9
Saint Louis	17	54
Tamba	23	39
Thiès	18	48
Ziguinchor	30	40
Niveau national	19	39

La couverture en CPN3, correspondant au rapport entre le nombre de CPN3 et celui des grossesses attendues, a connu un taux de variation de 105%. Cette performance du niveau national est la même que dans les régions. L'amélioration de la couverture en CPN3 confirme ainsi l'analyse faite au niveau de l'utilisation des CPN.

Tableau 2 : Accouchements assistés et à domicile vus par région avant le PDIS (1996) et à la fin de sa première phase (2002)

Régions	Nombre d'accouchements pour 100 grossesses attendues			
	Accouchements assistés		Accouchements à domicile vus	
	Avant PDIS (1996)	Fin 1 ^{ère} phase PDIS (2002)	Avant PDIS (1996)	Fin 1 ^{ère} phase PDIS (2002)
Dakar	32	95	3	3
Diourbel	23	52	6	10
Fatick	21	32	9	13
Kaolack	24	72	4	11
Kolda	15	24	3	5
Louga	21	47	5	8
Matam	*	2	*	ND
Saint Louis	12	37	3	4
Tamba	20	33	7	7
Thiès	26	45	4	8
Ziguinchor	31	27	4	3
Niveau national	31	55	4	6

Le nombre d'accouchements assistés, au niveau national, a connu une nette augmentation en passant de 31 à 55 pour 100 grossesses attendues. Ce qui fait une augmentation de 77,4% en 2002 par rapport à son niveau de 1996.

77. Il faut signaler que l'année 2002 a consacré une meilleure coordination des actions des institutions des Nations Unies (PNUD, FNUAP, OMS, UNICEF) en matière de santé de la reproduction. L'accent est mis maintenant sur le développement des SONU (soins obstétricaux et néonataux d'urgence) et les régions prioritaires sont Kolda et Tambacounda qui ont les plus forts taux de mortalité maternelle. Malgré les progrès réalisés pour l'atteinte des objectifs de lutte contre la mortalité maternelle il existe cependant des contraintes persistantes. Il s'agit essentiellement : (i) de l'insuffisance des capacités de prise en charge des urgences obstétricales en zone périphérique, (ii) du manque de supervision lié à l'insuffisance notoire de la logistique, (iii) du problème de la motivation des personnels de santé, surtout les relais communautaires.

78. La lutte contre la mortalité maternelle devra être particulièrement renforcée au cours de la phase II du PNDS par des actions concrètes qui concernent :

- (i) l'extension des SONU avec un accent particulier sur la qualité des prestations, notamment par la construction de blocs opératoires au niveau des centres de santé périphériques ;
- (ii) la poursuite de la formation d'équipes de compétents en SONU ; la motivation des équipes SONU ;
- (iii) la plus grande implication des infirmiers chefs de poste dans la prise en charge des urgences obstétricales.

1.3.7. HYGIENE ET IEC

79. La volonté du gouvernement de promouvoir la santé communautaire a amené le Ministère de la Santé à se réorganiser en créant notamment la Direction de la Prévention qui gère désormais le service national de l'hygiène, l'immunisation, la lutte contre les épidémies, l'éducation pour la santé et le partenariat avec les ONG et les associations communautaires de base. La création de cette nouvelle direction a œuvré dans la concrétisation du programme du service d'hygiène relatif à l'assainissement de base avec le programme de latrines, la création de comités de salubrité au sein de la communauté et dans les établissements hospitaliers, les mesures pour l'évacuation des déchets domestiques et des déchets hospitaliers, etc. Le service d'hygiène organise la lutte antivectorielle dans le cadre de la lutte contre le paludisme et les bilharzioses. Le service d'hygiène a aussi participé à l'encadrement des populations pour la surveillance communautaire dans le cadre de la lutte contre le ver de Guinée.

80. Les maladies à potentiel épidémique, comme la fièvre jaune et la méningite, doivent faire l'objet d'une plus grande attention au cours de la phase II. La vaccination contre la fièvre jaune doit faire l'objet d'un plan de couverture nationale. Sur le plan de la communication, un plan stratégique est en cours de finition. La collaboration avec le monde des médias sera alors mieux élaborée et ira au-delà des contrats en cours avec la RTS et des contrats en préparation avec les radios communautaires. Un programme comme le PEV par exemple qui est en pleine phase de relance, demande une meilleure appropriation par les populations et le forum tenu sur le sujet en décembre 2003 constitue une avancée notable.

1.3.8. MEDECINE TRADITIONNELLE ET SECTEUR PRIVE

81. Au cours de la phase 1 du PNDS, il y a eu le recensement des tradipraticiens dans huit (8) régions du pays : il reste les régions de Dakar, Saint-Louis et Louga. Les études sur les plantes médicinales se sont poursuivies avec l'appui de l'Université Cheikh Anta DIOP

(UCAD) et des partenaires de même que le développement des technologies appropriées (appui au Centre Communautaire de Technologie Appropriée du Sénégal (CCTAS) en matériels et formation). Un projet de loi relatif à l'exercice de la médecine traditionnelle a été élaboré et a fait l'objet de concertations internes, externes et même d'un atelier national de validation avec la participation de tous les acteurs impliqués (Ministères, Société civile, Assemblée Nationale, Tradipraticiens, Partenaires). Ce projet de loi est actuellement dans le circuit des visas.

82. La question des médicaments traditionnels améliorés devrait être davantage prise en charge par notre pays. Plus précisément il a été retenu pour les trois (3) prochaines années de travailler à la mise au point de trois (3) médicaments traditionnels améliorés (MTA) à savoir les écorces de *De Tinospora* (bakis en ouoloff), *Fagara xanthoxyloides* (fagara en ouoloff) et *Momordica Charantia* respectivement pour le traitement de l'hépatite B, de la drépanocytose et du diabète. Il faut aussi signaler que le projet de loi portant pratique de la médecine traditionnelle a été introduit dans le circuit des visas. Le document a fait l'objet de concertations internes et externes. Un atelier national a même été organisé pour permettre la participation de tous les acteurs impliqués, y compris les tradipraticiens eux-mêmes, la société civile et l'Assemblée Nationale.

83. Un atelier de mise à niveau sur les programmes prioritaires de la santé a été organisé à l'intention de certains médecins du secteur privé et des entreprises sur le Paludisme, le PEV, la Tuberculose, le VIH/SIDA, la Santé de la Reproduction. Des supervisions ont été organisées au niveau des entreprises et des cabinets paramédicaux

1.3.9. RECHERCHE OPERATIONNELLE

84. Les résultats attendus pour ce volet ont été presque entièrement réalisés. Le Conseil National de Recherche en Santé a été mis en place par arrêté du Ministre de la Santé, lequel conseil inclut en son sein le comité scientifique et le comité d'éthique. Ces différentes structures sont toutes fonctionnelles. Des projets de recherche ont été sélectionnés chaque année et financés par le fonds d'impulsion qui a été mis en place à cet effet. Il reste cependant à mieux fédérer la gestion de ce volet recherche car certains projets échappent aux contrôles du conseil. Il s'agit souvent de projets de recherche faisant partie intégrante des activités de certains programmes de santé disposant de financements propres en dehors du fonds. La diffusion des résultats demande également à être améliorée. Il faut signaler l'effort qui a été fait à travers le fonds, pour appuyer des chercheurs débutants, notamment par le financement de mémoires d'étudiants de l'ENDSS et des candidats à la maîtrise en sciences infirmières et sociales au Canada.

1.4 Appréciation de l'impact des réalisations de la première phase du PNDS

85. La première phase du PNDS a été une phase d'implantation. Cette précision est nécessaire. Tous les outils qui étaient prévus viennent juste d'être mis en place à savoir les nouvelles directions, les infrastructures, l'informatisation du SIG, les moyens logistiques, les équipements, etc. . Il serait par conséquent très hasardeux de vouloir lier les performances réalisées à ces moyens qui n'étaient pas disponibles au moment de la mesure des indicateurs si l'on se réfère, par exemple aux résultats de l'Enquête Sénégalaise sur les Indicateurs de la Santé (ESIS) réalisée en 1999. C'est dire qu'il n'est point nécessaire de s'étendre sur le

niveau des indicateurs de mortalité maternelle et de mortalité infantile (qui aurait stagné au cours de la première phase du PNDS restant autour de 64 pour mille). Si non pour considérer que leur niveau par rapport à l'ESIS 99 pourront servir de base pour la deuxième phase du PNDS ou éventuellement pour un plan stratégique pour le plus long terme. Pour la mortalité maternelle, les données les plus récentes datent de 1993.

86. On peut toutefois apprécier les efforts fournis malgré les difficultés rencontrées sur la base des indicateurs de couverture en rapport avec les programmes les plus pertinents pour les trois objectifs du PNDS : (i) la couverture en CPN et l'assistance à l'accouchement pour la protection des femmes enceintes ; (ii) la couverture vaccinale pour la protection des enfants ; (iii) les performances en matière de lutte contre la maladie, notamment le paludisme et le VIH/SIDA et (iv) la planification familiale pour la baisse de l'indice synthétique de fécondité.

87. Selon les résultats de l'évaluation finale du PDIS, la couverture CPN est passée de 44% à 69% entre 1996 et 2002 avec un taux d'achèvement passant de 44% à 54,2%. Ces résultats s'expliquent en partie par le fait que 94% des postes de santé font actuellement la CPN. Les accouchements assistés sont également passés de 31% à 55% et le nombre d'enfants complètement vaccinés de 33% à 67%, toujours au cours de la même période. L'indice synthétique de fécondité pour les 15 à 49 ans est passé de 5,7 à 5,2 entre l'EDS III (1997) et l'ESIS (1999) confirmant ainsi la tendance régulière à la baisse notée au cours des 20 dernières années. Ces données indiquent que des progrès appréciables ont été enregistrés.

1.5 Leçons apprises et nouveaux défis :

88. Il faut d'abord préciser à nouveau que les objectifs du PNDS restent pertinents pour le Ministère de la Santé comme cela a été maintes fois réaffirmé lors des RAC et des différents aides-mémoires ayant sanctionné ces rencontres. Tout comme l'approche programme a été également jugée pertinente. Ce n'est pas à ce niveau qu'on devrait noter des changements. La situation n'est pas la même cependant pour les stratégies du PDIS. Avec le recul, il apparaît nécessaire de les revoir pour tenir compte davantage de la volonté affichée de mettre l'accent sur l'accès aux soins pour les personnes vulnérables. La question de la qualité des soins fera également l'objet d'une attention particulière. La même attention sera portée à la qualité de la dépense avec tout ce que cela comporte comme changement.

89. Dans tous ces domaines, la qualité et la disponibilité des ressources humaines seront déterminantes surtout pour le niveau périphérique où le gap est très important. L'amélioration du système de santé passera par le renforcement du district sanitaire. Les performances du secteur en terme d'impact du programme sur l'état de santé des populations sont tributaires de la qualité de prise en charge du volet prévention.

90. En considérant les orientations qui sont suggérées par le résultat de l'analyse des contraintes relevées dans la mise en œuvre du PDIS, stratégie par stratégie, il se dégage cinq axes ou domaines d'intervention pour la deuxième phase du PNDS :

Domaine 1 : Les ressources humaines

91. Les ressources humaines restent la priorité des priorités du PNDS. Les effectifs doivent être renforcés en qualité et en quantité au niveau intermédiaire et périphérique particulièrement au niveau des IDE et assimilés et au niveau des sages femmes d'Etat. Il

faudra par conséquent veiller à l'adaptation des curricula, au doublement des capacités de l'ENDSS et à l'extension rapide des CRF dont les effectifs devront être calqués sur le plan de recrutement qui sera mis en œuvre. La même attention doit être accordée aux agents et auxiliaires d'hygiène au sein des équipes de district pour une meilleure prise en charge de la prévention des maladies vectorielles et des maladies dites des mains sales. Concernant les spécialités, il convient de recadrer les priorités par rapport aux objectifs. Cela pour dire qu'il faut mettre l'accent sur la formation de compétents en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) sans pour autant négliger la formation des gynécologues et des pédiatres. En complément de toutes ces mesures, le secteur privé sera mis à profit à travers une politique de contractualisation qui sera étendue aux ONG et associations dont les compétences sont reconnues. Au plan de la gestion du personnel qui relèvera de la nouvelle DRH, il conviendra d'introduire les contrats de performance, ce qui rendra obligatoire l'adoption d'un système de motivation basée sur les performances.

Domaine 2 : Le renforcement du système :

92. Le renforcement du système de santé est une nécessité absolue pour la seconde phase. Le renforcement consistera à assurer aux différents niveaux des effectifs en quantité suffisante en veillant à la disponibilité locale de compétences pour assurer une bonne gestion des programmes de santé, dans le respect du cadre général défini par l'autorité centrale avec, toutefois, une certaine marge de flexibilité pour tenir compte des spécificités régionales et de district. Le cadre dont il est question réfère au Cadre de Dépenses à Moyen Terme qui sera élaboré, aux procédures de gestion qui seront en vigueur et à la carte sanitaire qui sera la référence pour la planification de l'implantation des infrastructures et leur dotation en personnels et en équipement.

93. Les questions liées à l'organisation des régions médicales et des districts, les rapports entre les différentes structures de la région (en particulier les conditions nécessaires pour que l'hôpital soit véritablement intégré dans le dispositif régional pour jouer efficacement son rôle de structure de référence), les structures de coordination et les cadres locaux de concertation, le système de gestion de l'information en général, et de surveillance épidémiologique en particulier, sont autant d'éléments à prendre en compte dans le renforcement du système de santé.

94. Pour le niveau central, il s'agira surtout d'un appui institutionnel. Il faut éviter de reconduire la logique de répartition presque égale des ressources entre le niveau central et le niveau opérationnel qui a été constatée au cours de la première phase du PNDS. C'est surtout sur la planification, la passation des marchés et la gestion financière et comptable qu'il faut mettre l'accent au niveau central, en perspective des réformes de décentralisation envisagées par le Ministère de l'Economie et des Finances dans ce domaine. La coordination des partenaires sera améliorée par les mesures comme l'appui budgétaire, le renforcement de la concertation et l'appui stratégique des partenaires extérieurs, en créant des cadres de réflexion appropriés où pourront être mises en contribution les compétences de toutes les parties.

Domaine 3 : La promotion de la prévention :

95. Cette priorité se dégage de la volonté politique exprimée par les plus hautes autorités du pays. Elle est tout à fait pertinente si l'on tient compte du contexte actuel de pauvreté. Elle constitue également une réponse efficace à la plupart des maladies, notamment les maladies endémo-épidémiques dont elle constitue la stratégie majeure. C'est au niveau de cette

stratégie qu'il faut ranger tout ce qui est immunisation (PEV, campagne de masse ou programme particulier de type campagne contre la rougeole) mais également tout ce qui concerne l'éducation pour la santé, la promotion de bonnes pratiques, l'hygiène individuelle et collective, les questions environnementales, l'hygiène alimentaire, la promotion de la participation et de la solidarité communautaire (relais communautaires, mutuelles, comité de santé) et la promotion des soins à base communautaire (SBC).

Domaine 4 : L'amélioration de l'accès des soins de qualité aux pauvres :

96. Ce volet est constamment présent dans tous les programmes. C'est en effet la condition première pour l'amélioration des indicateurs de santé. Ce problème d'accès est par contre rarement considéré dans tous ses aspects. Ce qui est plus commun c'est l'identification de programmes de réalisation d'infrastructures et d'équipements d'ailleurs rarement pertinents car souvent sans carte sanitaire préalable. La deuxième phase devra s'atteler à densifier la couverture passive en postes de santé tout en veillant à la correction des disparités entre les districts. Cette stratégie devrait aussi regrouper toutes les actions tendant à améliorer l'accès aux médicaments et aux soins spécialisés pour tous, ce qui semble à priori difficile à réaliser. Il faudra par conséquent apporter des innovations dans le système de prise en charge afin de garantir l'accès aux soins pour les groupes vulnérables (handicapés, femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes âgées) et de développer les mécanismes de solidarité. En plus de ces mesures spéciales, le coût des prestations devrait être régulièrement évalué pour éviter qu'ils rendent les structures comme les Etablissements Publics de Santé (EPS) inaccessibles aux pauvres. Il faudra absolument rendre les services accessibles tout en améliorant la qualité, notamment par l'approfondissement de la réforme hospitalière et par la consolidation des acquis enregistrés à ce niveau. Bien évidemment, une certaine partie de la population continuera encore, pour longtemps, à recourir à la médecine traditionnelle et on ne peut pas continuer à ignorer cette réalité ; d'où la pertinence de continuer à développer ce volet comme complémentaire de la médecine dite moderne.

Domaine 5 : Le renforcement et l'intégration des programmes de santé prioritaires :

97. En réalité, la dichotomie faite entre la Santé de la Reproduction (SR) et les programmes de lutte contre la maladie n'a pas facilité les tentatives d'intégration au cours de la première phase. Par exemple, la CPN sert de promotion à la vaccination des femmes contre le tétanos et offre au Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) un terrain d'application de la stratégie de chimioprophylaxie du paludisme pour ce groupe vulnérable. L'idée à retenir ici est que certains programmes présentent des similitudes qui favorisent leur intégration. Des initiatives comme le Fonds Global ont ouvert la voie dans ce sens et il est heureux de constater qu'il y a effectivement des avantages dans l'intégration des programmes, y compris la lutte contre le SIDA. Cette volonté d'intégration devra se traduire concrètement dans les faits par le rattachement des programmes aux directions et divisions pertinentes, par la formation et la supervision intégrées sur la base de modules eux-mêmes intégrés. Il faudra également arriver à une intégration des moyens. Des programmes fédérateurs comme la PCIME pourront être le fer de lance de cette intégration, pour ce qui concerne la cible enfant.

DEUXIEME PARTIE :

**LA DEUXIEME PHASE DU PLAN NATIONAL DE
DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PNDS).**

2.1 Contexte et Justification de la phase II du PNDS :

98. L'évaluation de la première phase du PNDS a permis de faire le point sur les progrès réalisés et les nouveaux défis à relever. Il ressort des recommandations issues de cette évaluation et des conclusions des différentes réunions annuelles conjointes (RAC) qu'il importe de consolider les acquis et de développer de nouvelles initiatives davantage orientées vers la réalisation des objectifs internationaux de développement (OID), en rapport avec la stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP). C'est pourquoi il a été décidé de construire la deuxième phase du PNDS en apportant des innovations au plan des orientations stratégiques, notamment en mettant l'accent sur l'approfondissement de la décentralisation.

2.2 Stratégie globale de la phase II du PNDS :

99. Les stratégies retenues pour la mise en oeuvre de la deuxième phase sont guidées par le souci de consolider les acquis de la première phase du PNDS et de promouvoir la prévention dans un environnement réglementaire qui confère plus de responsabilités et plus de capacités au niveau périphérique et qui met l'accent sur la performance du système. Un accent particulier sera mis sur l'application de la décentralisation notamment la mise en place des comités de gestion tout en veillant au renforcement des capacités des collectivités locales pour qu'elles soient aptes à prendre en charge les responsabilités qui leur sont transférées. Ces nouvelles options sont en droite ligne des piliers du document de stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP) des objectifs du millénaire. La deuxième phase du PNDS se présente comme un cadre de dépenses à moyen terme pour atteindre les objectifs fixés en terme de réduction de la charge de morbidité et mortalité des mères et des enfants en mettant un accent particulier sur les groupes vulnérables. Les objectifs du DSRP à savoir : (i) améliorer l'accès des pauvres à des services sociaux de qualité (CPC, relèvement du plateau technique des structures de références, développement du système de référence/contre référence); (ii) promouvoir la prévention; (iii) développer la communication pour le changement de comportement ; (iv) assurer l'hygiène et l'assainissement de base ; (v) renforcer la vaccination ; (vi) développer la prophylaxie des maladies endémiques, cadrent parfaitement avec les stratégies de la phase II.

2.3 Objectifs stratégiques de la phase II du PNDS :

100. Les objectifs stratégiques retenus pour la mise en oeuvre de la deuxième phase du PNDS sont au nombre de sept (7) :

- Améliorer l'accès des groupes vulnérables à des services de santé de qualité
- Renforcer la prévention et développer la communication pour le changement de comportement
- Améliorer la disponibilité, la qualité et la performance des ressources humaines en santé
- Améliorer les capacités institutionnelles du secteur
- Promouvoir le partenariat
- Renforcer le suivi-évaluation de la performance
- Améliorer les mécanismes de financement de la santé

101. Ces objectifs seront réalisés à travers la poursuite des actions pertinentes du PDIS pour la consolidation des acquis et la poursuite des réformes engagées. Le volet lutte contre la pauvreté reste cependant la priorité au cours de cette deuxième phase, notamment à travers le crédit de soutien à la réduction de la pauvreté.

2.4 Activités de la phase II du PNDS :

2.4.1. Accès des pauvres à des services de santé de qualité

102. La couverture actuelle en infrastructures sanitaires au niveau primaire montre une persistance des disparités, le rayon d'action du poste de santé varie du simple au triple : de moins de 5km au niveau des régions de Thiès et de Dakar, il dépasse 15 km dans les régions de Tambacounda, Kolda et Louga, malgré les réalisations de la phase I du PNDS. Cette situation montre que la couverture en postes de santé est plus faible dans les régions les plus pauvres. La correction des disparités entre les régions s'impose pour améliorer l'accès des populations les plus déshéritées aux services de santé primaires. C'est dans ce cadre que l'arrêté portant carte sanitaire va être révisé, voire remplacé par un décret. L'arrêté actuel ne traite que des hôpitaux. Il a été pris en fait pour les besoins de l'application de la réforme hospitalière. Il faudra par conséquent le compléter en corrigeant l'impasse qui a été faite sur les centres de santé et les postes dont la répartition est de loin plus déterminante pour assurer l'équité dans l'accès aux soins.

103. La révision de l'arrêté portant carte sanitaire se fera sur la base des résultats de l'étude sur les infrastructures et les équipements qui sera réalisée au cours de l'année 2004. Il s'agira plus précisément de matérialiser les résultats sous forme de carte avec la localisation précise des infrastructures existantes et des poches dépourvues de formations sanitaires sans oublier les équipements et les effectifs des personnels et leur qualification aux différents niveaux.

104. En plus du point qui sera fait sur l'existant, la carte sanitaire indiquera également les sites d'implantation des réalisations prévues et les dotations supplémentaires en personnels et en équipements pour les cinq prochaines années. C'est dire que la carte sanitaire est un outil dynamique. Les options définitives seront le fruit des négociations qui seront menées auprès des bénéficiaires et des leaders d'opinion. Par conséquent, il faudra que l'accent soit mis sur la participation de toutes les parties prenantes pour la validation de la carte sanitaire. Seule l'appropriation effective de cet outil par les décideurs et les populations peut assurer son respect. En outre, la carte sanitaire permettra de suivre les nouvelles réalisations à travers le plan de développement des infrastructures, des équipements et des ressources humaines qui constituera l'élément principal de son opérationnalisation.

105. La réalisation des infrastructures et des équipements continuera de se faire en collaboration avec les partenaires présentant des avantages comparatifs. Ce volet constitue, parmi les expériences de contractualisation, le plus important de la phase I du PNDS si l'on considère ne serait-ce que la part des travaux de génie civil qui ont été délégués à l'AGETIP. Il faut craindre cependant de voir s'installer un monopole de fait de l'AGETIP, avec comme conséquence probable, une diminution de la qualité des ouvrages. Dans tous les cas le Ministère de Santé devra disposer d'un instrument opérationnel de suivi des travaux de génie civil surtout, en ce moment où la Division des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance a été transférée dans un autre département ministériel. L'acquisition des équipements gagnerait également à être contractualisée. C'est dans ce domaine que les retards

les plus importants ont été notés au cours de la première phase du PNDS. Il y a eu cependant des expériences intéressantes avec l'UNICEF qui a été chargé d'acquérir les équipements financés sur le crédit santé 1 FAD par le ministère chargé de la santé. Le protocole signé dans ce cadre a permis à l'UNICEF d'utiliser ses propres procédures, c'est à dire les procédures des Nations Unies, ce qui a permis de réduire notablement les coûts et les délais.

106. Sur la base des normes établies et en tenant compte des ressources mobilisables, les infrastructures seront équipées et dotées en personnels. Les besoins en personnels et toutes les questions liées à leur gestion sont analysées dans le chapitre qui traite des ressources humaines. Il faut cependant insister sur la nécessité d'assurer l'entretien des bâtiments et des équipements. C'est pourquoi il faut veiller à une meilleure organisation de la maintenance. Il est important de disposer d'une politique et d'un plan de maintenance qui prennent en compte les nouvelles et les anciennes infrastructures ainsi que les équipements. Le plan de maintenance devra, notamment, veiller à un bon entretien des bâtiments, des équipements et du parc informatique.

107. En plus de l'amélioration de la couverture passive en infrastructures sanitaires, il conviendra d'initier de nouvelles actions pour rapprocher davantage les soins des populations les plus enclavées. Non seulement la logistique des évacuations sanitaires sera particulièrement renforcée en zone rurale, mais le système lui-même va être mieux organisé. La téléphonie sera utilisée pour une meilleure communication entre le niveau où l'évacuation est décidée et le niveau de référence. Au niveau des hôpitaux par exemple, il faudra que l'accueil des évacués soit mieux préparé : renseignements utiles sur le patient à communiquer avant son arrivée, personnels à mobiliser, lieux de réception et matériels nécessaires à préparer. Ce nouveau système nécessitera une étude plus approfondie sur le système de référence contre-référence.

108. Le renforcement des activités avancées par les équipes cadres de district et les infirmiers chefs de poste participe de la même logique de rapprocher les soins des populations. Il faut cependant reconnaître que ces activités avancées s'arrêtent souvent à la vaccination. Il convient de développer les consultations prénatales foraines. Etant donné que l'insuffisance de mobilité des sages femmes constitue le principal frein pour rendre effective les CPN en stratégies avancées, il convient d'assurer la logistique conséquente au niveau des centres de santé et de veiller à l'intégration des CPN et du PEV dans ce cadre. Il faudra surtout asseoir une stratégie durable de développement des services de santé à base communautaire en veillant à l'harmonisation des interventions.

109. Les efforts faits par le gouvernement pour améliorer l'accès aux soins seront complétés par des actions des secteurs parapublic et privé. Souvent ignorés dans la conception et la mise en œuvre des programmes de santé, ces deux secteurs regorgent cependant de potentialités qui ne sont pas toujours suffisamment exploitées. Une étude portant sur les potentialités des secteurs parapublic et privé est prévue dans le cadre de la préparation du crédit de soutien à la réduction de la pauvreté. Les conclusions de cette étude seront utilisées pour bâtir une collaboration efficace et durable entre le public et le privé. Il est important par exemple de voir dans quelle mesure l'accès aux soins de spécialité ne pourrait pas être promu en collaboration avec le privé. Par ailleurs, les programmes de prévention ne devraient plus continuer à être considérés comme étant du ressort exclusif du public.

110. Les groupes vulnérables sont au centre de la préoccupation de l'Etat dans sa stratégie de réduction de la pauvreté. Toutefois l'accès des pauvres aux soins de qualité sera difficilement

réalisé si des mesures de subventionnement qui garantissent les soins pour les groupes non solvables ne sont pas prises. Mais compte tenu des ressources relativement limitées il faudra être sélectif et mieux cibler les bénéficiaires de telles initiatives. Il faut rappeler la décision prise récemment par l'Etat de rendre gratuit le traitement antirétroviral aux malades du SIDA. Cette décision s'ajoute aux efforts faits pour l'indépendance vaccinale. Mais la priorité du PNDS étant centrée autour de la lutte contre la mortalité des mères et des enfants, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans devront être ciblés par les prochaines initiatives. Déjà un groupe de travail mis en place par le ministre chargé de la santé a produit un document qui indique qu'il est possible de prendre totalement en charge, par le budget de l'Etat, les coûts liés aux accouchements au niveau des formations sanitaires publiques, accouchements normaux comme césariennes. Cela coûterait un peu plus d'un milliard et demi. De telles initiatives seront ensuite progressivement étendues à d'autres groupes vulnérables, l'objectif à long terme étant la protection sociale universelle.

111. La disponibilité des médicaments essentiels constitue sans nul doute un des succès de la politique de santé ces dernières années. Aussi, la PNA applique-t-elle des tarifs globalement abordables. C'est au niveau des structures de santé que les marges appliquées sont souvent exagérées par le non respect des directives ministérielles, rendant ainsi vains les efforts déployés par la PNA. Le résultat c'est que le médicament continue d'être un facteur principal d'exclusion en matière d'accès aux soins. Il faudra donc prendre des mesures qui garantissent l'application de l'arrêté fixant les prix des médicaments essentiels génériques qui sont les mêmes dans le public et le privé. S'agissant des tarifs pour la rémunération des actes, le dispositif de tarification à mettre en place intéressera les hôpitaux, les centres de santé et les postes de santé. Il devra être accompagné par des mécanismes de maîtrise et de contrôle de la pertinence des coûts.

112. L'amélioration de la qualité des services est un autre défi à relever au cours de la seconde phase. La qualité de l'accueil, la fonctionnalité des installations, la précocité du diagnostic et de la prise en charge, l'efficacité des médicaments, l'hygiène hospitalière, la compétence et la motivation des agents, le respect des protocoles sont les déterminants de cette qualité des soins. L'approche qualité sera promue à tous les niveaux. Il sera mis en place un système de surveillance qualité notamment au niveau des EPS et des centres de santé qui tiendra compte des objectifs fixés aux différents niveaux.

113. L'organisation périodique d'enquêtes de satisfaction des clients participera à l'évaluation des progrès réalisés en matière de qualité des soins. Il s'agira d'enquêtes qualitatives qui vont s'intéresser à tout le système de santé, notamment au système d'organisation des soins et à la qualité de la prise en charge.

2.4.2. Renforcement de la prévention et développement de la communication pour le changement de comportement :

114. Les communautés restent les principaux clients. Pour les atteindre, on a besoin d'intermédiation par des relais en leur direction. Dans la situation actuelle, chaque programme dispose de ses propres relais. Il va falloir rationaliser l'intervention de ces relais pour éviter les duplications, le gaspillage d'énergie et de temps, en en faisant des relais polyvalents capables de traiter des thématiques telles que la santé de la reproduction, la vaccination et tout autre thème pertinent. Ces relais seront organisés en réseaux autour des structures de santé.

115. Le Service National de l'Éducation pour la Santé (SNEPS) va élaborer et mettre en œuvre un plan de communication pour le changement de comportement (CCC). Ce plan devra être validé par les différents services du ministère et les partenaires au développement.

116. L'absence d'un plan de CCC a été constatée par l'ensemble des acteurs de la santé au premier chef desquels ceux du SNEPS. Il existe au sein des programmes et services du personnel qui intervient en IEC. A des fins de cohérence et de pertinence, les diverses actions IEC doivent être articulées autour du Plan CCC pour des raisons de rationalisation et d'efficacité. Ce plan va définir les priorités nationales et les besoins des régions en la matière à partir de la connaissance de l'état des lieux et des perspectives déroulées pour la phase 2 du PNDS. Ce plan sera orienté vers une meilleure sensibilisation des populations et des personnels de santé. Il définira des actions ciblées selon les régions, les pathologies et les modalités (communication interpersonnelle, communication de masse). Une fois élaboré, ce plan sera mis en œuvre sur la base d'une programmation détaillée des activités qui seront périodiquement évaluées afin d'avoir une idée précise des progrès réalisés et éventuellement de procéder à des ajustements.

117. Il faut aussi initier et développer une communication mobile pour aller à la rencontre des besoins des populations, des communautés en termes d'information-éducation-communication. Des cinébus, des véhicules tout terrain, des équipements divers sont nécessaires pour développer cette communication de proximité. L'objectif est d'arriver à couvrir les régions les plus enclavées afin de mettre à leur disposition l'information adéquate dont elles ont besoin.

118. La communication sera organisée à travers des campagnes destinées à sensibiliser les populations sur les questions majeures de santé. Ces campagnes vont utiliser des médias tels que les radios, la télévision, le support écrit. Les communicateurs traditionnels, les leaders d'opinion (notables, religieux, etc.) seront mis à contribution.

119. Cette communication va tourner autour de :

- la promotion de l'allaitement maternel exclusif (AME)
- la maîtrise de la fécondité
- la promotion de bonnes pratiques en matière d'hygiène individuelle et collective
- la promotion de la vaccination des enfants et des femmes enceintes contre les maladies cibles du PEV
- la promotion de la consultation prénatale (CPN), l'assistance à l'accouchement et la consultation post natale pour les femmes enceintes
- la distribution à base communautaire des moustiquaires et autres matériaux imprégnés dans les zones ciblées
- la campagne de promotion des médicaments essentiels génériques (MEG)
- la distribution des médicaments à base communautaire au niveau des zones éligibles dans le cadre de la lutte contre la maladie (ivermectine, praziquantel, Vit.A)
- la collaboration avec le Ministère de l'Éducation et le Ministère de la Famille, du Développement Social et de la Solidarité pour le dépistage des maladies transmissibles (oculaires, bilharziose) dans les écoles y compris dans les écoles coraniques
- la vulgarisation des technologies appropriées pour lutter contre le péril fécal (latrines) et assurer la qualité de l'eau à usage domestique (canaris à robinet, javellisation)
- l'appui aux communautés pour la création de comité d'hygiène et d'assainissement et l'organisation d'investissement humain

- l'assainissement du cadre juridique et réglementaire de la santé de la reproduction (SR)
- l'extension de la DOTS dans la prise en charge de la Tuberculose
- le développement et la décentralisation des activités de dépistage et de prise en charge dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA
- la généralisation de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans toutes les formations publiques, privées et parapubliques
- la gestion et la prévention des épidémies
- la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle
- l'assainissement du cadre juridique et réglementaire de l'exercice de la médecine traditionnelle
- la promotion de la santé oculaire chez les enfants d'âge scolaire
- la promotion de la santé bucco-dentaire chez les enfants d'âge scolaire.

120. L'intérêt de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie n'est pas toujours évident pour les populations. Une sensibilisation soutenue sera menée en direction des populations et plus particulièrement des mères allaitant.

121. La fécondité reste relativement élevée dans les pays en développement comme le nôtre. La maîtrise de cette fécondité est non seulement gage d'un bien être mais elle est aussi un moyen d'atténuer la pauvreté et de garantir d'une bonne santé et pour la femme et pour l'enfant. Pour ce faire, l'espacement des naissances sera encouragé en mettant à la disposition des populations les informations utiles en matière de santé de la reproduction.

122. Dans ces conditions, la 2^{ème} phase mettra en œuvre les actions de sensibilisation aptes à promouvoir l'émergence d'une culture et des pratiques positives en matière d'hygiène individuelle et collective.

123. La sensibilisation portera également sur les maladies cible du Programme Elargi de Vaccination en prenant soin d'atteindre de façon précise les cibles retenues.

124. Concernant la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, il faudra insister particulièrement sur l'accouchement assisté par un personnel qualifié et sur le suivi post natal.

125. Des moustiquaires et autres matériaux imprégnés devant être mis à la disposition des communautés à des prix accessibles dans les zones ciblées, il faudra développer des actions de sensibilisation pour leur utilisation. En plus de cette sensibilisation, des initiatives sont prises pour améliorer les conditions de vie de ces communautés notamment par la création d'activités génératrices de revenus

126. La formation à l'imprégnation de ces matériaux et la sensibilisation à leur utilisation seront faites aussi en direction de ces communautés.

127. En collaboration avec la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL) et la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), le SNEPS développera une campagne de promotion des MEG pour montrer l'intérêt qui s'attache à l'utilisation de ces MEG qui ont du reste la même efficacité que les spécialités et un coût moindre que ces dernières.

128. Cette campagne de sensibilisation qui a déjà commencé, devra se poursuivre dans la phase 2 du PNDS.

129. Dans le cadre de la lutte contre la maladie, la mise à disposition des médicaments pour le traitement en campagne de masse sera soutenue par une sensibilisation accrue des communautés. Pour consolider les acquis du programme de lutte contre le ver de Guinée par exemple, il est important de continuer la surveillance à base communautaire dans les anciennes zones d'endémie et de maintenir le soutien des partenaires au développement pour l'approvisionnement en eau potable dans les zones à risque.

130. Le Ministère de l'Education dispose d'un service de médecine scolaire. Le département de la Santé, le Ministère de l'Education et celui chargé du développement social et de la solidarité, vont procéder ensemble au dépistage des maladies oculaires et de la bilharziose chez les élèves et talibés. Il s'agira de mener des campagnes communes, d'harmoniser les messages et de déterminer ensemble les cibles. Ces campagnes devront être évaluées, renouvelées et consolidées.

131. Il faut aussi procéder à la promotion des technologies appropriées en particulier les latrines et rendre l'eau potable en utilisant les canaris à robinet et la javellisation. Le SNEPS travaillera en étroite collaboration avec le SNH, le centre communautaire de technologies appropriées en santé (CCTAS) en utilisant au maximum les matériaux locaux. Les recherches intéressantes menées à ce sujet feront l'objet d'exploitation et d'analyse de la part de ces structures. Des passerelles seront établies dans ce cadre là, entre le département de la santé et celui de la recherche scientifique. La question des médicaments traditionnels améliorés sera davantage prise en compte par notre pays ; en effet une liste de dix (10) plantes, couramment utilisées, a été introduite dans le circuit de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Pour la phase II du PNDS, il faut organiser les tradipraticiens en Association pour l'installation d'un conseil national conformément à la législation qui sera en vigueur.

132. Les communautés continueront à créer des comités d'hygiène et d'assainissement et à procéder à l'organisation d'investissements humains. Le SNEPS et la Direction de la Prévention vont les appuyer à mettre en place ces comités et à s'investir dans le partenariat avec le ministère.

133. Des réformes au plan législatif et réglementaire vont être opérées suite à la promulgation de la loi sur la SR qui va être suivie par la prise d'un décret d'application. Les attentes qui s'attachent à cette loi sont entre autres une meilleure prise en ligne de compte des préoccupations et intérêts de la femme en matière de SR. A ce titre, le SNEPS vulgarisera les informations ayant trait à cette loi.

134. La prise en charge de la tuberculose sera mieux assurée en adjoignant à ce qui existe la stratégie de la DOTS. La tuberculose est relativement bien prise en charge au Sénégal. Il faut simplement informer les malades tuberculeux sur l'intérêt de la DOTS.

135. Le développement des activités de dépistage et de prise en charge du VIH/SIDA nécessite que l'accent soit mis sur la sensibilisation des populations. La phase 2 du PNDS devra rendre opérationnels les centres de dépistage volontaires et anonymes (CDVA) et appuyer la formation du personnel et des relais afin que les communautés puissent disposer d'informations pertinentes et appropriées.

136. Il faut initier et/ou étendre la PCIME dans toutes les formations sanitaires qu'elles soient publiques, privées ou parapubliques. La PCIME est un package de soins qui permet de

prendre en charge la quasi-totalité des maladies de l'enfant. Le SNEPS aidera à vulgariser cette stratégie pour contribuer à la réduction de la mortalité infantile. La PCIME devra surtout être connue auprès des communautés, formations sanitaires privées ou parapubliques.

137. L'accent sera également mis sur la prévention des épidémies. Il est préférable autant que faire se peut de mettre à disposition un mécanisme de prévention basé sur une bonne information des populations qui les renseigne sur les bonnes pratiques pour éviter les maladies à potentiel épidémique. Une banque d'informations et des instruments appropriés seront disponibles et accessibles même au niveau le plus périphérique afin de juguler la survenue éventuelle d'épidémies. Dans le cas de l'épidémie survenue, il faut veiller à ce que l'information adéquate soit disponible et à temps pour atténuer les souffrances des populations.

138. En ce qui concerne les maladies non transmissibles, leur progression s'accélère sous l'effet du vieillissement de la population et des changements survenus dans la distribution des facteurs de risque. Le Ministère de la Santé a déjà nommé des points focaux chargés de conseiller le département sur les sept (7) maladies chroniques ciblées (Diabète, Drépanocytose, Insuffisance rénale, Maladies cardio-vasculaires, Cancer, Epilepsie et Hémophilie). La phase II du PNDS doit permettre d'avoir des données de prévalence et des plans stratégiques de lutte.

2.4.3. Amélioration de la disponibilité, de la qualité et de la performance des ressources humaines en santé :

139. Le déficit en personnel étant plus marqué au niveau périphérique et intermédiaire, il importe de le corriger en renforçant les effectifs au niveau du poste de santé et du centre de santé. Compte tenu de la charge de travail du poste de santé, l'équipe devra être étoffée par un deuxième infirmier d'Etat, un assistant infirmier et une sage femme d'Etat pour mieux faire face aux sollicitations des populations. Au niveau du centre de santé, l'équipe qui comprend déjà un médecin chef de district et son adjoint, sera renforcée par un médecin compétent en SONU à défaut d'un gynécologue, un pédiatre et un chirurgien généraliste. Il convient d'accorder une attention particulière au personnel d'hygiène et de maintenance au sein de l'équipe de district de même qu'au personnel de soutien qui fait particulièrement défaut au niveau de nos structures. L'augmentation des effectifs se fera grâce à la construction du bloc scientifique polyvalent de l'ENDSS mais aussi grâce à la contractualisation avec les écoles privées de formation déjà effective pour trois d'entre elles. Contribueront aussi à l'augmentation des effectifs, la contractualisation de personnels destinés surtout aux zones pauvres, éloignées, difficiles d'accès ou insécures et la construction de CRF conformément au plan directeur initial. Le complément d'effectif sera apporté par le redéploiement du personnel dont l'étude vise à mettre en place un plan d'effectifs et à fournir un schéma opérationnel de redéploiement d'effectifs. Les cabinets médicaux seront également pris en compte.

140. Un nouveau plan de formation sera élaboré intéressant aussi bien la formation initiale que continue. Il s'agira de réviser les curricula de formation tant au niveau des écoles paramédicales que de la Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie. Pour l'ENDSS, cette révision est pratiquement terminée mais il faudra mieux prendre en compte les préoccupations des populations. Au niveau de la Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie, cette révision tarde à se mettre en œuvre. Il s'agira de veiller à ce que les commissions mises en place à cet effet, entament la réflexion et élaborent un programme mieux adapté pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes. Il faudra s'appuyer sur

d'autres structures pour permettre de former et de superviser un plus grand nombre de médecins compétents en SONU compte tenu de la faiblesse de la capacité de la CGO en matière d'encadrement. Près de quatre cents bourses ont été octroyées au cours du PDIS. Cette expérience sera poursuivie au cours de la deuxième phase du PNDS avec beaucoup plus de rigueur, en ciblant les spécialités qui font défaut et les nouvelles filières de formation des paramédicaux pour lesquelles une étude est prévue et qui pourrait aboutir à un changement de statut. La rationalisation de la formation continue va se faire par la mise à contribution des CRF. A cet égard, des modules seront élaborés, discutés et validés et des sessions de formations planifiées. Des bourses de CES, des bourses de 3^e cycle et des bourses de maîtrise continueront d'être octroyées tant au Sénégal qu'à l'étranger.

141. L'étude sur la motivation du personnel a proposé diverses indemnités et primes dans le cadre de la motivation financière ainsi que des motivations non financières. Il s'agira ici d'insister sur l'indemnité accordée aux agents qui acceptent de servir dans les zones difficiles d'accès, éloignées, enclavées ou insécures. Il en est de même de l'indemnité d'incitation à la qualité et de l'indemnité de logement ou à défaut au logement. Il s'agira d'instaurer l'équité dans la motivation et la mise en compétition des postes à pourvoir pour favoriser le mérite.

142. Un plan de carrière en cours d'élaboration participera également de la motivation du personnel. C'est la raison pour laquelle le ministère a prévu une étude dont les résultats et recommandations serviront de base à une proposition concrète. Il faudra également revoir le statut particulier des personnels de santé pour y intégrer les diplômés non classés par la Fonction Publique. Il s'agira notamment des titulaires de maîtrise en sciences infirmières et sociales, des titulaires de PhD et du diplôme des CRF.

143. La Direction des Ressources Humaines (DRH), créée par le décret n° 2003-466 du 24 juin 2003, va assurer la gestion et l'administration du personnel. Il faudra doter la DRH de moyens humains, matériels et logistiques nécessaires et assurer une véritable décentralisation de la gestion des ressources humaines au niveau des régions et districts en s'appuyant sur les Gouverneurs, Préfets, Sous Préfets et les Collectivités locales. L'administration du personnel reste encore du ressort de la Fonction Publique, il faudra au Ministre de la Santé une délégation du Président de la République pour administrer directement ses ressources humaines. Avec la réforme hospitalière, il s'agira de redéfinir les conditions d'exercice privé dans les EPS et dans les districts sanitaires en révisant les textes existants. L'informatisation de la gestion des ressources humaines fera l'objet d'une étude dont l'application des recommandations contribuera à la résolution du problème. L'accent sera mis sur la sensibilisation des Collectivités locales pour les amener à recruter du personnel technique notamment les paramédicaux formés au niveau des CRF.

144. Des critères de performance seront définis pour les directeurs nationaux et chefs de services centraux, les médecins chefs de région, les médecins chefs de district ainsi que les infirmiers chefs de poste. Pour chaque responsable, il faudra définir la mission, les résultats attendus, les critères de performance et pour chaque critère, préciser les indicateurs, la périodicité de l'évaluation des performances, les instruments de mesure et le responsable de l'évaluation. Les propositions de critères sont en annexe 3 du document.

2.4.4. Amélioration des capacités institutionnelles du secteur :

145. Le processus de renforcement de la DAGE engagé depuis le PDIS a surtout concerné la passation des marchés et la comptabilité financière. Il faut néanmoins signaler le recrutement

récent d'un expert pour diriger la Division des Affaires Administratives et Financières. Au-delà de ce renforcement en ressources humaines, il faudra une meilleure organisation de la DAGE. La cellule de passation des marchés qui vient d'être créée devra être fonctionnelle. Le tout nouveau service prévu au sein la DAGE dans le cadre de la déconcentration de l'ordonnancement sera également mis en place. Les ressources humaines et la logistique nécessaires pour le fonctionnement de ce service seront identifiées et mobilisées par la DAGE.

146. Au plan de la gestion administrative et financière, les directions centrales en dehors de la DAGE ne disposent que de comptables matières qui font en même temps office de comptables deniers. Ces deux fonctions étant incompatibles, il est prévu de renforcer les directions en les dotant de comptables deniers. Cela permettra un meilleur traitement des demandes de financement et une meilleure disponibilité des ressources. Les directions centrales pourront alors à leur tour être dotées de caisses d'avances comme les régions, pour les besoins de menues dépenses. Le service chargé de l'ordonnancement au niveau de la DAGE couvrira dans un premier temps tous les services centraux et la région médicale de Dakar.

147. Au niveau des régions et des districts, l'ordonnancement des dépenses ne fait pas encore l'objet de déconcentration. Les dispositions qui sont prises permettent toutefois d'assurer une meilleure gestion des ressources financières. Ainsi, un comptable a été recruté et affecté dans chacune des onze (11) régions où sont également ouverts des comptes d'avance alimentés à partir du compte spécial du PDIS. Ces mesures n'assurent pas cependant la disponibilité des ressources au niveau des districts. La mobilisation de ces financements au niveau périphérique dépend encore en grande partie de la volonté des médecins chefs de région. Il faudra certes mettre en place des procédures souples et adaptées à ce nouveau contexte de décentralisation financière mais à terme, il est nécessaire de disposer, au niveau des districts, de compétences suffisantes pour la gestion financière.

148. L'option consiste dans un premier temps et plus précisément dès 2004 à mettre en place une équipe renforcée chargée de la gestion financière et comptable pour les services de la région médicale et les districts. Cela nécessite le recrutement de 20 cadres de gestion pour 2004. Le nombre de cadres à affecter dans les régions dépendra du nombre de districts à couvrir. A compter de 2005, les recrutements annuels seront mis à profit pour mettre des cadres de gestion à la disposition des districts sanitaires, l'objectif étant de disposer d'une équipe de gestion compétente dans tous les districts du Sénégal au plus tard en 2006.

149. Parallèlement au renforcement progressif des équipes de districts en cadres de gestion, les comptables matières des districts et des régions, communément appelés gestionnaires, seront formés en passation des marchés et même en comptabilité. Au plan de la gestion administrative, la gestion des ressources humaines fera l'objet d'une attention particulière si l'on considère la batterie de mesures prévues en matière d'amélioration de la performance et de la motivation des personnels.

150. Les équipes cadres de région et de districts devront donc désormais intégrer en leur sein les agents chargés de la passation des marchés et de la gestion administrative, financière et comptable. Plus globalement, ces équipes devront être mieux organisées. Outre la composition de l'équipe qui doit tenir compte à la fois du caractère multisectoriel des questions de santé, du rôle de premier plan dévolu aux collectivités locales et des aspects

techniques des programmes de santé, il est important de mettre en place un cadre institutionnel adapté.

151. Le système de coordination et de suivi de la gestion financière et comptable revêt une importance particulière dans le contexte de la décentralisation. La participation des comptables à la confection des budgets à tous les niveaux devra être assurée. La DAGE organisera régulièrement des réunions de coordination avec les comptables pour s'assurer que les décaissements se font correctement et que les livres journaux sont bien tenus. La remontée des pièces justificatives est un indicateur qui sera particulièrement surveillé. Le contrôle des opérations financières sera plus systématisé et va s'étendre au niveau périphérique même si le service reste centralisé au niveau de la DAGE. Toutes ces mesures visent une meilleure qualité et une meilleure efficacité de la dépense, mais aussi la lisibilité et la transparence dans les opérations financières.

152. A chaque niveau de la pyramide, il sera mis en place des procédures claires et adaptées. Les activités éligibles pour le financement par les caisses d'avance doivent être bien identifiées dans les plans d'actions annuels. Aussi bien pour la gestion des personnels de santé que pour la gestion des deniers et des matières, les rôles seront clairement définis à travers les termes de référence qui seront élaborés pour chaque poste de responsabilité. Au plan des collectivités locales, les communes d'arrondissement et les communautés rurales devront disposer de leur part du FDD, la répartition devant être faite de façon plus équitable. Il conviendra de mettre en place là où cela n'existe pas et de rendre fonctionnels les comités de gestion qui n'arrivent pas à jouer correctement leur rôle depuis l'avènement de la décentralisation. Dans le souci de disposer de plan de décaissements fiable, un plan d'action trimestriel avec un budget détaillé sera élaboré par chaque responsable de plan d'opération et déposé auprès des services de comptabilité. Selon les besoins, les districts seront formés aux procédures spécifiques des partenaires au développement qui n'adopteront pas l'appui budgétaire.

153. L'innovation apportée par les acteurs du PNDS, gouvernement comme bailleurs de fonds, est d'avoir décidé de surseoir à l'élaboration de plans de développement sanitaire pour chaque région et chaque district pour la deuxième phase du PNDS. L'option retenue est de faire des plans d'action annuels au niveau opérationnel, basés sur les orientations définies dans le plan des opérations de la deuxième phase du PNDS avec des objectifs clairs, réalisables et partagés. Par cette formule, la cohérence des actions des différents niveaux avec les objectifs du PNDS sera mieux assurée et les indicateurs de performance pourront être mieux partagés. Un autre intérêt est la souplesse relative de ce mode de planification plus opérationnel et plus proche des réalités qui rend possible une participation effective des partenaires non agents de santé à l'exercice : collectivités locales, comités de santé, ONG, Organisation Communautaire de Base (OCB) et partenaires au développement. La validation des plans d'opérations (PO) continuera de se faire au niveau des régions médicales. Pour cela, le cadrage budgétaire, défini par la DAGE, devra être scrupuleusement respecté pour éviter de dépasser les possibilités de financement de la phase II. La DAGE devra en effet organiser une consultation interne au ministère en charge de la santé au seuil de chaque cycle budgétaire. Ces consultations, sortes de conférences budgétaires internes, seront mises à profit pour mieux définir les priorités de chaque région et faire des prévisions d'inscription budgétaire sur la base des besoins ainsi définis et des performances enregistrées.

154. Toutes ces mesures précédemment décrites devront cependant être accompagnées par une réorganisation du district par un arrêté d'application spécifique du décret portant

organisation du ministère. Cet arrêté définira notamment : (i) les missions du district, (ii) son fonctionnement, (iii) ses limites géographiques, (iv) et d'autres éléments tels que la composition et le rôle de l'équipe cadre, le fonctionnement du comité de gestion. La composition de l'équipe cadre de district proposée est la suivante :

- Médecin chef du district
- Médecin Adjoint
- Pharmacien
- Chirurgien dentiste
- Superviseur SSP
- Président comité de santé
- Chef de la Brigade d'hygiène
- Administrateur comptable

155. Il est entendu cependant que cette composition pourrait être adaptée aux réalités de chaque district sanitaire pourvu que le cadre mis en place permette effectivement au district de mener correctement ses missions (planification, suivi évaluation, formation, coordination, recherche, documentation, etc.) avec la participation de tous les acteurs impliqués à la base. On peut aussi introduire la notion d'équipe cadre restreinte surtout technique avec une périodicité de réunion rapprochée et la notion d'équipe cadre élargie pour impliquer plus d'acteurs à la base.

156. La Direction de la Santé élaborera ce projet d'arrêté en même temps que le projet d'arrêté portant organisation de la direction de la santé. Au plan de la direction du district, il faut préciser que le médecin chef de district sera secondé par un adjoint. A long terme, au niveau des districts ciblés, un des médecins devra avoir des compétences en matière de SONU.

2.4.5. Promotion du partenariat :

157. Pour la deuxième phase du PNDS, l'élaboration d'une politique de contractualisation permettra de mieux maîtriser et de contrôler les interventions multisectorielles dans les domaines de la santé. A cet effet, une étude situationnelle sur les expériences sénégalaises de contractualisation sera réalisée avec un appui financier et technique de l'OMS. Pour ce faire, un comité de pilotage est déjà créé par le ministère de la santé et devra être formé pour faire le diagnostic situationnel en vue d'élaborer le document de politique de contractualisation qui sera validé avant la fin de l'année 2004.

158. A l'instar du guide du partenariat avec les ONG, il est prévu au cours de la phase 2 du PNDS d'élaborer un guide de partenariat avec les partenaires extérieurs. Par conséquent et dans les meilleurs délais, les termes de référence seront élaborés et un comité de pilotage créé, en prenant en compte les préoccupations des partenaires extérieurs. En outre, un accent particulier sera mis sur la coopération transfrontalière pour lutter contre les maladies endémiques.

159. En dehors de l'exemple du Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS), la collaboration intersectorielle n'a jamais fait l'objet d'une institutionnalisation pour l'exécution des activités de santé des différents programmes. C'est pourquoi il sera créé un comité de réflexion sur le développement de ce type de collaboration. Entre autres, ce comité

travaillera à la promotion des conventions entre le ministère de la santé et les autres départements ministériels dont l'implication dans les actions de santé s'avère indispensable.

160. Le renforcement de la collaboration intra-sectorielle pourra être pris en compte au niveau de l'organigramme fonctionnel du ministère de la santé, par les différents textes de réorganisation : niveau central, directions et/ou autres services du département. Cette collaboration s'attellera en particulier à définir clairement des attributions aux instances comme les ordres, les associations et les amicales pour leur permettre une meilleure participation dans la mise en œuvre de la politique de santé. La politique de partenariat d'une manière générale aura un système de suivi/évaluation avec ses indicateurs spécifiques.

161. L'opportunité de mener une étude pour évaluer les capacités contributives des secteurs privés est offerte dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté (SRP). Néanmoins, l'analyse du dernier recensement des cliniques et cabinets médicaux privés doit faire l'objet de restitution pour servir de base de réflexion et d'étude de collaboration possible.

162. Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National de Communication, une évaluation des conventions antérieurement signées avec les mass-média va être faite. Ceci permettra de rationaliser les moyens de communication et rendre plus pertinentes toutes les activités d'IEC en matière de santé en vue d'un changement de comportement des communautés.

163. L'élaboration de la politique de contractualisation devra prendre en compte le cadre juridique de la collaboration avec les organisations communautaires de base (OCB) et les associations pour leur participation à la mise en œuvre des programmes de santé. Pour cela, des critères d'éligibilité à des signatures de convention, doivent être clairement définis pour chaque programme susceptible de signer une convention avec les OCB et associations. Un comité compétent devra être créé.

164. L'implication communautaire passe obligatoirement par le renforcement des capacités des communautés en planification, gestion et suivi/évaluation. Au préalable, les communautés seront suffisamment informées du rôle qu'elles doivent jouer dans la mise en œuvre de la politique de santé, à travers le Plan National de Communication.

165. Les textes sur les comités de santé ont été révisés et mis dans le circuit des visas. Ils définissent une bonne partie des rôles dévolus à la communauté dans les actions de santé. Leur mise à disposition va être diligentée dans le but de les vulgariser de même que les textes régissant les structures de santé. Les réflexions qui seront menées autour de l'ensemble de ces textes permettront de dégager une stratégie pour rendre fonctionnels les comités de gestion des structures, renforcer l'implication communautaire dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités. Un comité multisectoriel (MSP – M.INT et des Collectivités – MEF..) sera créé dans le but d'animer des séminaires à travers le pays pour l'appropriation de ces textes par les acteurs à la base.

166. Des expériences ont été menées par certains partenaires dans le sens d'organiser les collectivités en groupement d'intérêt communautaire. La revue de ces expériences doit être évaluée ne serait-ce que pour analyser la pertinence et la faisabilité dans certaines localités ou le passage à l'échelle.

167. La coopération décentralisée en matière de santé existe déjà à travers les jumelages (villes Nord – Villes Sud), mais elle devra aller au-delà des échanges d'expérience, des

voyages et de quelques dons en matériel biomédical. Cette coopération décentralisée sera mieux élaborée sur les plans national et international (convention entre hôpitaux nationaux et les collectivités décentralisées, convention entre villes du Nord et celles du Sud, ...). Des contacts seront pris au niveau du ministère chargé de la coopération décentralisée pour améliorer ce qui se fait dans ce domaine.

2.4.6. Renforcement du suivi-évaluation de la performance :

168. Les indicateurs retenus pour le suivi de la mise en œuvre de la deuxième phase du PNDS figurent à l'annexe 1 du présent document. Une bonne maîtrise de la collecte de ces indicateurs et de leur mise à disposition dans les délais requis s'avère indispensable.

169. La mise en place du matériel informatique au niveau des différents services du système de santé est déjà effective. Il sera procédé d'ici la fin de 2004 à la mise en réseau informatisé du système pour assurer la télé-collecte, la télé-distribution et la télé-maintenance. Les utilisateurs seront formés au cours de l'année 2004. Le renforcement du SIG consistera aussi à créer un cadre institutionnel approprié pour intégrer l'ensemble des autres sous-systèmes d'information : le système d'information hospitalier notamment, le système d'information médico-économique, le système d'information financier et comptable, le système de planification (infoPDIS), le système d'information pour la maintenance et le système de gestion des médicaments. Il est toutefois nécessaire de mettre à la disposition du district sanitaire du personnel qualifié pour la gestion du système.

170. Le plan de surveillance épidémiologique a été élaboré et validé. Ce plan qui couvre la phase II du PNDS sera exécuté à travers le cadre institutionnel qui sera mis en place. Les équipes de surveillance des régions seront nommées et rendues fonctionnelles. C'est dans ce cadre que les régions médicales ont été réhabilitées et dotées de bureaux et d'équipements supplémentaires pour la surveillance des épidémies. Sur le plan pratique, en dehors de la surveillance épidémiologique, il sera institué dès l'année 2004, une vaccination préventive contre la Fièvre Jaune. Cette expérience qui va débiter par les régions de Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, va être étendue aux autres régions en 2005 /2006. Au-delà de la Fièvre Jaune, la stratégie pourrait concerner d'autres maladies.

171. Les outils de collecte des informations déjà existants, seront révisés en tenant compte de la périodicité définie et des indicateurs retenus à chaque niveau. La structure chargée de la gestion du SIG présidera le groupe de travail qui sera mis en place pour procéder à cette révision. La collecte des informations auprès des structures privées, ONG et partenaires au développement nécessite la mise en place de mécanismes adaptés. La structure chargée du SIG veillera à la sensibilisation des secteurs privé et parapublic par l'intermédiaire de leurs syndicats, ordres et associations/amicales. Il sera mis en place un comité mixte présidé par le responsable de la structure chargée du SIG. Ce comité va élaborer des outils de collecte des informations spécifiques et définir la périodicité de la collecte. Les personnes chargées de la collecte seront formées à l'utilisation du SIG et seront supervisées.

172. En matière de recherche nationale essentielle en santé, il importe de finaliser le cadre réglementaire du Conseil National de Recherche en Santé (CNRS) et de renforcer la division chargée de la recherche en ressources humaines, financières et logistiques. Il faudra aussi rendre fonctionnels les bureaux régionaux de la recherche en santé prévus dans le plan national de recherche. Ces bureaux seront chargés de promouvoir la recherche au niveau district et d'assurer, en même temps, la formation des agents en méthodologie de la recherche.

173. Au cours de la mise en oeuvre de la deuxième phase du PNDS, deux ou trois enquêtes seront nécessaires pour évaluer l'efficacité du secteur y compris la dépense en santé. Pour cela il faudra élaborer les termes de référence de ces différentes enquêtes, les valider et les mettre en oeuvre.

174. Dans un premier temps, le bureau de la documentation sera redynamisé. Il faudra aussi veiller à la mise en place de centres de documentation aux niveaux central, régional et district. Ce sera là une action majeure dans le cadre des stratégies de communication et de partage des programmes. A cet effet, il s'agira d'organiser la documentation en créant un réseau intra et internet.

175. Le renforcement des organes de contrôle du secteur se fera par la mise en place de ressources humaines adéquates et de moyens logistiques suffisants.

176. La coordination sera instituée à tous les niveaux du système de santé et permettra de disposer de rapports périodiques à transmettre au niveau supérieur après exploitation. Les réunions institutionnelles du programme seront régulièrement tenues. Le système de suivi/évaluation sera redynamisé à tous les niveaux.

2.4.7. Amélioration des mécanismes de financement de la santé :

177. Des évaluations faites du système de gestion des finances publiques il est ressorti la nécessité d'introduire progressivement des réformes dans le circuit de mobilisation et de consommation des ressources allouées à certains secteurs pilotes dont celui de la santé. Cette mesure de déconcentration de l'ordonnancement, limitée pour la gestion 2004 aux services centraux des départements ministériels concernés, commande que des dispositions pour renforcer l'organisation et les capacités techniques soient prises au Ministère de la Santé pour faire face aux nouvelles tâches induites.

178. Il s'agira plus exactement, de renforcer les capacités de la DAGE. Cette mesure devrait se faire concomitamment avec le renforcement des capacités de gestion des services centraux. L'adoption de l'appui budgétaire, qui se traduira par un transfert dans le budget de l'Etat des ressources des partenaires au développement qui y souscrivent, devra être pris en compte dans l'appréciation des changements à apporter. Etant inscrite dans le budget de l'Etat, l'exécution financière de ces budgets se fera suivant les règles et procédures de la comptabilité publique. Enfin, il y aura une augmentation de la dotation budgétaire, des services bénéficiaires de ces appuis correspondant au volume des activités financées par ces partenaires et conséquemment une charge de travail accrue.

179. Le Ministère de la Santé prendra les mesures suivantes : (i) modifier le décret portant organisation du Ministère et créer une division au niveau de la DAGE chargée de l'ordonnancement, (ii) prendre l'arrêté portant délégation de signature du Ministre de la Santé et de la Prévention à l'ordonnateur délégué, (iii) affecter des locaux au Contrôle des Opérations Financières délégué au Ministère de la Santé.

180. Les autres niveaux du système de santé (régions et districts) seront concernés, à partir de 2005, par la réforme. Mais d'ores et déjà, ils seront préparés à assumer ces nouvelles responsabilités. Au plan organisationnel, cette nouvelle stratégie de financement nécessite le renforcement du district sanitaire dans le domaine de la comptabilité et de la passation des

marchés. A cet effet, il sera institué, au niveau du district, un bureau de gestion composé d'une section chargée de la comptabilité et d'une section chargée des contrats. Pour faciliter la mobilisation des ressources, l'ouverture des caisses d'avances sera reconduite compte tenu des précisions recueillies portant sur la possibilité d'alimentation d'une caisse avant la vérification de fin d'exercice, les deux opérations n'étant pas liées.

181. D'autres actions, en terme de modification du cadre juridique, de formation, d'appui technique et logistique qui relèvent du Ministère de l'Economie et des Finances et qui ont une incidence sur la réalisation des activités visées ci-dessus, seront réalisées.

182. Concernant les fonds de dotation, les ministères impliqués dans le processus de détermination et d'allocation devront prendre les actes nécessaires avant la fin du premier trimestre de l'année budgétaire pour éviter, ou tout au moins limiter, les retards de mise en place des ressources destinées au secteur de la santé à travers les collectivités locales, responsabilisées dans le cadre de la décentralisation.

183. La décentralisation de l'ordonnancement au ministère chargé de la santé à ces différents niveaux (central, régional et district) devra s'accompagner de la mise en place de mécanismes de suivi budgétaire à même de garantir la lisibilité, la sécurisation, la célérité et l'efficacité des opérations. Pour ce faire, le ministère devra se renforcer en ressources humaines, en formation et en équipement facilitant l'exécution du suivi nécessaire à l'atteinte des objectifs précités. L'approche programme reste maintenue dans la deuxième phase du PNDS. Par conséquent, l'élaboration d'un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT), comme outil de programmation et de rationalisation des interventions pour une utilisation efficace des ressources allouées par les différents acteurs, demeure plus que jamais pertinente. A partir des informations recueillies au niveau des quatre sources que sont l'Etat, les Collectivités locales, les Populations et les Partenaires au développement, le cadre de dépenses à moyen terme pour le secteur de la santé couvrant la période 2004-2008 a été élaboré.

184. La planification et la budgétisation par objectifs se feront en s'appuyant sur le CDMT et sur les axes d'interventions définis dans la phase II du PNDS. Les objectifs seront pris en considération lors de l'allocation des ressources.

185. La définition de critères objectifs d'allocation de ressources aussi bien humaines, matérielles que financières se fera avant la fin de la première année de mise en œuvre du PNDS, en 2004. Basée sur l'étendue de la charge de travail et des objectifs assignés, la définition de ces critères et leur application intelligente permettront de systématiser l'équité allocative nécessaire à l'émulation et à la réalisation de performance d'ensemble au niveau du système de santé. Ces critères seront définis sur la base d'un consensus aussi large que possible afin d'en faciliter la reconnaissance et l'appropriation par les différents acteurs. Pour le cas particulier des hôpitaux, deux actions majeures devront être menées : Mener le plaidoyer nécessaire notamment auprès des partenaires pour le financement des projets d'établissement et veiller au transfert direct des subventions aux EPS.

186. L'appui budgétaire initié par l'Etat, comme moyen de financement et adopté par l'IDA et l'UE, constitue un pas important dans le processus d'harmonisation des procédures des partenaires participant au financement du secteur. Les résultats positifs, enregistrés avec cette nouvelle approche, pourraient inciter d'autres partenaires qui pour l'instant se soumettent à une planification concertée avec le ministère à différents niveaux du système de santé. Il convient de consolider cette pratique en élargissant la concertation aux collectivités locales

responsabilisées, par la loi, dans la planification et la gestion sanitaire. Une identification exhaustive et régulièrement actualisée des acteurs du financement, aux différentes aires et structures d'intervention, sera faite pour satisfaire ce besoin de synergie, de complémentarité et d'harmonisation pour une utilisation plus efficiente des ressources destinées aux mêmes objectifs.

187. Acteurs permanents du financement du système de soins, les comités de santé doivent de plus en plus faire l'objet d'un suivi dans le cadre de leur fonctionnement. La formation de leurs membres ainsi que leurs interlocuteurs, que sont les techniciens de santé et les élus locaux - dans le cadre du fonctionnement des comités de gestion - sera faite périodiquement afin de prendre en charge les nouveaux besoins nés du changement de certains acteurs. Parallèlement, et ceci dès cette année 2004, le Ministère de la Santé veillera à l'installation et au fonctionnement des comités de gestion des structures sanitaires prévus par le décret 96-1135 du 27 décembre 1996 portant application de la loi 96-07 relative au transfert de compétences aux collectivités locales en matière de santé. Le fonctionnement régulier des comités de gestion garantirait de fait l'intégration des recettes des comités de santé dans le budget des structures sanitaires et faciliterait la remontée de l'information et sa consolidation au niveau de l'ensemble du système de soins.

188. La lisibilité ainsi obtenue de la source de financement jusqu'ici la moins normée, constituerait le premier jalon du dispositif de sécurisation que le Ministère de la Santé va mettre en place pour garantir une meilleure utilisation des ressources au profit de la santé des populations.

189. L'expérience, engrangée dans le secteur, permet d'affirmer que la formation aux procédures qu'il faudra mener, quoique nécessaire, ne suffit pas à développer la transparence dans la gestion des ressources. Elle devra être accompagnée de mécanismes de contrôle et de sanctions, positives ou négatives, indispensables à l'émulation nécessaire à l'instauration d'une culture de performance et de qualité qui pourrait permettre de mieux satisfaire les populations dans le domaine de la santé. Dans ce domaine, plus que dans tout autre, le ministère de la santé fera connaître son agenda, pour la première année de la phase II du PNDS pour une efficience accrue dans l'utilisation des ressources, des soins de qualité et de moindres dépenses de santé pour les populations et c'est à l'aune des progrès réalisés dans ces trois domaines que seront appréciés les résultats de la gestion du budget du secteur de la santé.

190. La promotion de l'accès financier aux soins est la contribution la plus significative que le ministère de la santé va faire valoir dans le cadre du Programme national de lutte contre la pauvreté, au sens de la facilitation à apporter pour l'accès des populations démunies aux services sociaux de base. La mutualité et les autres formes de solidarité connaîtront un important développement dans cette seconde phase. Ceci passera par un engagement dans le développement des mutuelles de santé, des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), de la poursuite des efforts pour un maillage du pays par les infrastructures sanitaires à différents niveaux, la mise en place d'un système d'exonération des soins aux indigents, la couverture des groupes vulnérables. Pour ce qui concerne les mutuelles, un plan stratégique de développement des mutuelles a été élaboré et récemment validé. De ce plan, il sera tiré un plan d'action de développement des mutuelles à base communautaire.

191. Pour ce faire, parallèlement aux actions de maîtrise, voire de réduction des coûts des prestations, un programme de sensibilisation impliquant des acteurs en dehors du Ministère de

la Santé, devra être conçu et mis en œuvre pour accompagner le mouvement de mise en place des mutuelles de santé et autres formes de solidarité. Un partenariat plus dynamique avec le Ministère chargé de la Famille et de la Solidarité nationale, ainsi que les ONGs et organismes évoluant dans ce domaine, sera recherché et réalisé pour exploiter les potentialités des différents acteurs de la mutualité et ainsi faciliter la communication, dans ses formes les plus appropriées.

192. La prise en charge des cas sociaux assurée tant bien que mal à partir d'une instruction ministérielle, va être améliorée au cours de cette deuxième phase du PNDS avec des dispositions fortes et durables dictées par l'engagement du ministère à participer à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion. A ce titre deux mécanismes devront être combinés : (i) une intervention à partir du niveau central assurant une subvention à des prestations prioritaires par rapport aux objectifs du PNDS, dont les modalités de mobilisation sont précisées par ailleurs, et (ii) une inscription dans les budgets des structures sanitaires, tenant compte des différentes contributions y compris celles des collectivités locales et des comités de santé.

193. Dans le développement du mouvement mutualiste, le Ministère de la Santé, plus que tous les autres acteurs, a un avantage comparatif dans la maîtrise des coûts des prestations. Dans cette deuxième phase, le service chargé de la promotion des mutuelles s'investira dans ce domaine avec la Division des Soins de Santé Primaires et les Etablissements Publics de Santé. Le Ministère de la Santé jouera son rôle de conseil, d'intermédiation et de facilitation pour des structures sanitaires plus abordables et offrant des services de qualité.

2.5 Plan Stratégique et Budget :

2.5.1. Plan stratégique de la deuxième phase du PNDS :

Objectifs	Résultats attendus	Lignes d'actions	Indicateurs
1. Améliorer l'accès des pauvres et des groupes vulnérables à des services de qualité	<p>La couverture passive en infrastructures sanitaires est rationalisée</p> <p>La couverture sanitaire augmente notamment dans les zones sous-desservies</p> <p>Le système de prestations de services est mieux organisé, plus équitable et tient compte des secteurs privé et parapublic</p> <p>La satisfaction des bénéficiaires est accrue.</p>	<p>1.1.1 Elaborer la carte sanitaire (PMA, Système de référence contre référence)</p> <p>1.1.2 Réaliser les études pour les infrastructures et les équipements ;</p> <p>1.1.3 Elaborer un plan de développement des infrastructures, des équipements et des RH ;</p> <p>1.2.1 Développer la logistique pour les évacuations sanitaires (véhicules, moyen de transports, moyens de communication comme le téléphone) ;</p> <p>1.2.2 Mettre en œuvre le plan de réalisation des infrastructures et des équipements (Construire / Réhabiliter/ équiper /doter en personnels les infrastructures sanitaires</p> <p>1.3.1 Développer la collaboration avec le secteur public non MSP, le secteur parapublic et le secteur privé (études : analyse situation, constat des actions et mise en œuvre)</p> <p>1.3.2 Mettre en place un système de prise en charge des groupes vulnérables (étude+mise en œuvre) ;</p> <p>1.3.3 Renforcer les activités avancées des équipes de district et des infirmiers chefs de poste</p> <p>1.3.4 Mettre en place un dispositif de tarification et de maîtrise des coûts des prestations et des médicaments</p> <p>1.4.1 Mettre en place et rendre fonctionnel un système de surveillance qualité</p> <p>1.4.2 Organiser périodiquement des enquêtes de satisfaction des clients</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de la population vivant à moins de 5 Km (ou d'une heure de marche) par rapport à une formation sanitaire de niveau primaire • Pourcentage de bénéficiaires satisfaits de la qualité des prestations de services
2. Promouvoir la Prévention et le développement de la CCC	<p>Les populations sont mieux informées sur les causes et facteurs favorisant les maladies</p> <p>Les populations adoptent des attitudes et comportements favorables à la santé</p> <p>L'utilisation des activités préventives augmente</p>	<p>2.1.1 Accroître les réseaux de relais communautaires</p> <p>2.1.2 Elaborer et mettre en œuvre un plan de CCC</p> <p>2.1.3 Acquérir des plateformes mobiles de communication</p> <p>2.1.4 Organiser des campagnes de sensibilisation</p> <p>2.2.1 Promouvoir l'AME</p> <p>2.2.2 Assurer la maîtrise de la fécondité</p> <p>2.2.3 Adopter de bonnes pratiques en matière d'hygiène individuelle et collective</p> <p>2.3.1 Assurer la vaccination des enfants et des femmes enceintes contre les maladies cibles du PEV</p> <p>2.3.2 Assurer la CPN, l'assistance à l'accouchement et la consultation post-natale pour les femmes enceintes</p> <p>2.3.3 Assurer la distribution à base communautaire des moustiquaires et autres matériaux imprégnés (MI) dans les zones ciblées ;</p> <p>2.3.4 Mettre en œuvre la campagne de promotion de MEG ;</p> <p>2.3.5 Distribuer des médicaments à base</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture DTC3 • Couverture CPN • Pourcentage des accouchements assistés • Proportion des femmes enceintes dormant sous MI • Pourcentage des cas de TB perdus de vue • Proportion des PS pratiquant la PCIME • Nombre de malades sous traitement ARV • Pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable et à des toilettes • Prévalence contraceptive • Prévalence du VIH dans la population

	La prévalence des maladies préventives diminue.	<p>communautaire au niveau des zones éligibles dans le cadre de la lutte contre la maladie (ivermectine, praziquantel, Vit.A)</p> <p>2.3.6 Mettre en œuvre des activités CCC pour la prévention des IST/SIDA</p> <p>2.4.1 Organiser en collaboration avec le ME le dépistage des maladies transmissibles (oculaires, bilharziose) dans les écoles y compris dans les écoles coraniques</p> <p>2.4.2 Vulgariser les technologies appropriées pour lutter contre le péril fécal (latrines) et assurer la qualité de l'eau à usage domestique (canaris à robinet, javellisation)</p> <p>2.4.3 Apporter un appui aux communautés pour la création de comités d'hygiène et d'assainissement et l'organisation d'investissements humains</p> <p>2.4.4 Assainir le cadre juridique et réglementaire de la SR</p> <p>2.4.5 Etendre la DOTS dans la prise en charge de la tuberculose</p> <p>2.4.6 Développer et décentraliser les activités de dépistage et de prise en charge dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA</p> <p>2.4.7 Généraliser la PCIME dans toutes les formations publiques, privés et parapubliques</p> <p>2.4.8 Assurer la gestion et la prévention des épidémies</p>	générale
3. Améliorer la disponibilité, la qualité, la motivation et la performance des personnels de santé	<p>3.1 Les effectifs des personnels de santé sont suffisants et équitablement répartis</p> <p>3.2 Les personnels de santé sont motivés</p>	<p>3.1.1 Elaborer les normes en matière de personnels de santé pour les formations sanitaires à tous les niveaux</p> <p>3.1.2 Mener une étude sur les nouvelles filières de formation de paramédicaux</p> <p>3.1.3 Augmenter les effectifs de sortie à l'ENDSS en mettant l'accent sur les catégories ciblées</p> <p>3.1.4 Réglementer l'exercice privé dans les formations sanitaires publiques y compris les EPS</p> <p>3.1.5 Elaborer et rendre fonctionnel un plan de redéploiement du personnel</p> <p>3.1.6 Elaborer un nouveau plan de formation initiale et continue des personnels de santé</p> <p>3.1.7 Construire et faire fonctionner huit autres CRF dans les régions non encore pourvues</p> <p>3.1.8 Contractualiser avec le secteur privé pour la formation de paramédicaux en vue de réduire le gap entre les besoins et les capacités de production des écoles de formation publique</p> <p>3.1.9 Doter la DRH des moyens humains, logistiques, matériels et outils nécessaires</p> <p>3.1.10 Informatiser la gestion des ressources humaines</p> <p>3.1.11 Inciter les Collectivités locales à recruter parmi les paramédicaux sortis des CRF</p> <p>3.2.1 Contractualiser le personnel spécialisé pour les zones pauvres, difficiles et enclavées</p> <p>3.2.2 Préciser le statut particulier des personnels de santé</p> <p>3.2.3 Assurer une meilleure gestion des personnels de santé</p> <p>3.2.4 Mettre en place le système de motivation des personnels de santé en y intégrant des mesures incitatives pour les postes éloignés, difficiles et enclavés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des postes de santé qui disposent d'effectifs respectant les normes de personnels • Taux d'exécution des plans d'action annuels

	3.3 Les performances des agents sont nettement améliorées	<p>3.2.5 Déconcentrer l'administration et la gestion des ressources humaines</p> <p>3.3.1 Rationaliser la formation continue au niveau périphérique en mettant à profit les CRF</p> <p>3.3.2 Elaborer un plan de carrière pour les personnels de santé</p> <p>3.3.3 Accorder des bourses pour la formation de spécialistes dans les filières ciblées au niveau national (faculté de médecine, ENDSS, ISED, CESAG, ESP...) ou à l'étranger</p> <p>3.3.4 Achever la révision des curricula dans les écoles de formation et à la faculté de médecine</p> <p>3.3.5 Augmenter les capacités dans le domaine de la formation d'équipes compétentes en SONU</p> <p>3.3.6 Procéder au recrutement des personnels de soutien en tenant compte des besoins identifiés</p> <p>3.3.7 Définir des critères de performance des personnels et les appliquer pour l'évaluation des agents</p> <p>3.3.8 Assurer la supervision régulière des agents</p>	
NB : Envisager de doubler les infirmiers au niveau des postes de santé et veiller à réserver les postes de superviseur des SSP aux techniciens supérieurs.			
4. Améliorer les capacités institutionnelles du secteur en mettant l'accent sur le district sanitaire	<p>4.1 Les directions centrales et équipes cadres de région et de districts disposent de capacités suffisantes en matière de planification opérationnelle, de passation des marchés et de gestion administrative, financière et comptable</p> <p>4.2 Le district sanitaire dispose d'un statut approprié tenant compte notamment de sa place prépondérante dans le système de santé et de ses relations avec les collectivités locales et de tous les autres partenaires du niveau périphérique</p>	<p>4.1.1 Renforcer les capacités de la DAGE et notamment créer en son sein un service chargé de l'ordonnancement</p> <p>4.1.2 Renforcer les capacités de gestion des services centraux et les doter de caisses d'avances</p> <p>4.1.3 Décentraliser la gestion administrative, financière et comptable jusqu'au niveau du district sanitaire</p> <p>4.1.4 Mettre en place des services chargés de la gestion financière et comptable au niveau des régions médicales et des districts</p> <p>4.1.5 Mettre en place un système de coordination, de suivi et de contrôle de la gestion financière et comptable</p> <p>4.1.6 Mettre en place des procédures de planification opérationnelles et de nouvelles procédures administratives, financières et comptables compatibles avec les réformes financières et budgétaires engagées par le MEF</p> <p>4.1.7 Renforcer les capacités des régions et des districts dans les domaines de la passation des marchés et de la gestion administrative, financière et comptable</p> <p>4.1.8 Améliorer la qualité des plans d'opérations des régions et des districts</p> <p>4.2.1 Prendre les actes réglementaires en vue de la mise en place d'un cadre institutionnel approprié pour le district sanitaire</p> <p>4.2.2 Mettre en place les équipes cadres respectant les normes au niveau des districts et des régions médicales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion des districts disposant d'équipes cadres fonctionnelles

<p>5. Promouvoir le partenariat</p>	<p>5.1 Une politique de partenariat acceptable pour toutes les parties est appliquée au Sénégal dans le cadre de la mise en oeuvre du PNDS</p> <p>5.2 Les secteurs privé et parapublic sont mieux impliqués dans le système de santé et participent efficacement à la mise en oeuvre du PNDS</p> <p>5.3 Les ONG, les OCB et Associations participent efficacement à l'atteinte des objectifs du PNDS</p> <p>5.4 Les collectivités locales et les comités de santé assurent pleinement les compétences qui leur sont transférées en matière de santé</p>	<p>5.1.1 Elaborer et mettre en œuvre la politique de contractualisation</p> <p>5.1.2 Elaborer un guide de partenariat avec les partenaires extérieurs</p> <p>5.1.3 Développer la collaboration intersectorielle notamment par la mise en place de mécanismes appropriés (ME = Tutelle ONG - MEF = chargé des collectivités locales)</p> <p>5.1.4 Renforcer la collaboration intra-sectorielle (ordres professionnels, syndicats professionnels)</p> <p>5.1.5 Mettre en place un système de suivi et d'évaluation du partenariat</p> <p>5.2.1 Mener une étude pour évaluer les capacités contributives des secteurs privé (lucratif et non lucratif) et parapublic à la mise en oeuvre de la politique de santé et identifier les axes de collaboration pertinente avec le secteur public</p> <p>5.2.2 Signer des contrats avec la RTS, les radios privées et les radios communautaires pour la sensibilisation des populations en matière de santé ;</p> <p>5.3.1 Signer des conventions avec les organisations communautaires de base (OCB) et les associations pour leur participation à la mise en œuvre des programmes de santé</p> <p>5.3.2 Renforcer l'implication communautaire dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités</p> <p>5.4.1 Finaliser la révision des statuts des comités de santé en vue de renforcer leur rôle de cogestion</p> <p>5.4.2 Installer et rendre fonctionnels les comités de gestion au niveau des centres de santé et des postes de santé</p> <p>5.4.3 Apporter un appui aux collectivités pour la constitution de groupements mixtes et de groupements d'intérêt communautaire (GIC)</p> <p>5.4.4 Promouvoir la coopération décentralisée en matière de santé (études, suivi, mise en œuvre)</p> <p>5.4.5 Renforcer le rôle d'appui des régions médicales et des districts aux collectivités locales</p> <p>5.4.6 Mener une étude pour l'élaboration d'un plan de maintenance des infrastructures et des équipements des centres et des postes de santé applicable par les collectivités locales</p> <p>5.4.7 Assurer la formation des acteurs de la décentralisation en matière de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de comités de gestion fonctionnels • Nombre de contrats signés avec le secteur privé
<p>NB : Un guide de partenariat existe pour les ONGs.</p>			

<p>6. Renforcer le suivi-évaluation de la performance et le contrôle</p>	<p>6.1 Le secteur dispose du cadre, des outils et des mécanismes pertinents permettant de suivre la mise en œuvre du PNDS et d'évaluer ses performances</p>	<p>6.1.1 Elaborer des indicateurs pertinents (et la méthode de mesure de ces indicateurs) pour le suivi des performances des services de santé au cours de la phase 2 du PNDS</p> <p>6.1.2 Rendre opérationnel le SIG à tous les niveaux (organisation, personnels, procédures de collecte d'analyse et de diffusion des données)</p> <p>6.1.3 Rendre opérationnelle l'application santé et assurer sa cohérence avec les autres sous-systèmes</p> <p>6.1.4 Adopter et mettre en œuvre le plan stratégique de surveillance épidémiologique</p> <p>6.1.5 Mettre en place un système efficace de gestions des outils de collecte au niveau périphérique</p> <p>6.1.6 Développer des mécanismes de collecte des informations auprès des structures privées, des ONGs et des partenaires au développement</p> <p>6.1.7 Renforcer les capacités du secteur et notamment des districts en matière de recherche essentielle en santé</p> <p>6.1.8 Mener des enquêtes périodiques pour évaluer l'efficacité du secteur y compris la dépense en santé</p> <p>6.1.9 Mettre en place des centres de documentation au niveau central, régional et de districts</p> <p>6.1.10 Renforcer les organes de contrôle du secteur</p> <p>6.1.11 Institutionnaliser les mécanismes de coordination à tous les niveaux</p> <p>6.1.12 Organiser le système de rapports périodiques (contenu, périodicité, synthèse)</p> <p>6.1.13 Améliorer le contenu du monitoring et l'étendre à toutes les formations sanitaires</p> <p>6.1.14 Améliorer la qualité de la supervision et la systématiser à tous les niveaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de complétude des rapports • Taux de promptitude des rapports
<p>7. Améliorer les mécanismes de financement de la santé</p>	<p>Les capacités d'absorption du ministère de la santé et de la prévention sont nettement améliorées</p> <p>L'efficacité de la dépense est assurée</p>	<p>7.1.1 Renforcer les capacités du ministère de la santé et de la prévention pour faire face aux nouvelles tâches induites par les réformes de la gestion budgétaire</p> <p>7.1.2 Développer les mécanismes de suivi budgétaire</p> <p>7.1.3 Accélérer le processus de mobilisation des ressources destinées au niveau opérationnel</p> <p>7.1.4 Améliorer les mécanismes et réduire les délais de mobilisation du FDD et FECL</p> <p>7.2.1 Renforcer les capacités du Ministère de la Santé pour orienter, suivre et évaluer le financement de la santé</p> <p>7.2.2 Disposer d'un cadre de dépenses à moyen terme acceptable par tous les acteurs intéressés y compris les partenaires au développement du secteur pour la période 2004-2008</p> <p>7.2.3 Rendre effectives la planification et la budgétisation par objectifs</p> <p>7.2.4 Elaborer des critères d'allocation budgétaire aux régions, aux districts et aux hôpitaux</p> <p>7.2.5 Mener le plaidoyer nécessaire notamment auprès des partenaires pour le financement des projets d'établissement</p> <p>7.2.6 Veiller au transfert direct des subventions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Part de la santé dans le budget de l'Etat • Taux d'absorption du budget de fonctionnement • Utilisation des services primaires par les pauvres et les groupes vulnérables • Nombre de mutuelles fonctionnelles • Pourcentage de personnes bénéficiant de couverture sociale • Part des partenaires multi et bilatéraux

	Les systèmes de solidarité mis en place participent effectivement à l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins notamment pour les groupes vulnérables.	<p>aux EPS</p> <p>7.2.7 Harmoniser les procédures des partenaires participant au financement du secteur</p> <p>7.2.8 Intégrer les recettes des comités de santé dans le budget global</p> <p>7.2.9 Développer la transparence pour la gestion du budget du secteur (diffusion des budgets et des résultats)</p> <p>73.1 Mener des activités de sensibilisation de proximité pour la promotion de la mutualité et des autres systèmes de solidarité</p> <p>73.2 Mettre en place des mécanismes de financement durables des initiatives de prise en charge des personnes vulnérables</p> <p>73.3 Assurer la durabilité des mutuelles existantes</p>	<p>dans le financement de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Part des collectivités locales et des populations dans le financement de la santé
--	--	---	--

2.5.2. Budget prévisionnel de la deuxième phase du PNDS :

194. Le mode de planification opérationnelle adopté pour la seconde phase ne nécessite pas l'élaboration d'un budget détaillé pour le plan stratégique 2004-2008. Par contre, il est nécessaire de disposer d'un cadre sectoriel de dépense à moyen terme (CSDMT) qui tient compte à la fois des ressources mobilisables pour les quatre sources identifiées et des capacités d'absorption du ministère.

195. L'expérience du PDIS et l'impact attendu des réformes budgétaires envisagées permettent de penser que les taux d'exécution financière seront améliorés de façon notable.

196. Le CSDMT provisoire élaboré par le groupe de travail multisectoriel mis en place à cet effet se présente comme suit :

PERSPECTIVES DE FINANCEMENT DE LA SECONDE PHASE DU PNDS PAR STRATEGIE

STRATEGIES	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL	%
Améliorer l'accès des pauvres à des services de santé de qualité	89 686 401 816	83 387 896 067	85 300 017 923	84 382 763 423	83 975 154 196	426 732 233 425	58,0%
Améliorer la disponibilité, la qualité et la performance des ressources humaines en santé	35 496 327 169	37 229 395 925	39 150 382 829	41 154 275 029	43 512 235 969	196 542 616 921	26,7%
Améliorer les capacités institutionnelles du secteur	2 997 916 402	3 246 617 565	3 150 580 073	3 029 440 775	3 099 892 395	15 524 447 210	2,1%
Promouvoir le partenariat	10 899 200	10 899 200	10 899 200	10 899 200	0	43 596 800	0,01%
Renforcer la prévention et développer la communication pour le changement de comportement	26 184 319 800	26 773 830 077	25 874 749 129	8 886 714 967	8 982 182 667	96 701 796 640	13,1%
TOTAL STRATEGIES	154 375 864 387	150 648 638 834	153 486 629 154	137 464 093 394	139 569 465 227	735 544 690 996	

PERSPECTIVES DE FINANCEMENT DE LA SECONDE PHASE DU PNDS PAR SOURCE

Cadre sectoriel des dépenses à moyen terme

	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL	%
PARTENAIRES	39 415 985 387	31 353 011 934	29 395 639 154	8 068 913 394	4 307 045 227	112 540 595 096	15,30%
ETAT	56 183 579 000	60 519 326 900	65 314 690 000	70 618 880 000	76 486 120 000	329 122 595 900	44,75%
COLLECTIVITES LOCALES	31 546 500 000	31 546 500 000	31 546 500 000	31 546 500 000	31 546 500 000	157 732 500 000	21,44%
POPULATIONS	27 229 800 000	27 229 800 000	27 229 800 000	27 229 800 000	27 229 800 000	136 149 000 000	18,51%
TOTAL	154 375 864 387	150 648 638 834	153 486 629 154	137 464 093 394	139 569 465 227	735 544 690 996	

PERSPECTIVES DE FINANCEMENT DE LA SECONDE PHASE DU PNDS PAR SOURCE

Cadre sectoriel des dépenses à moyen terme

SOURCES	2004	2005	2006	2007	2008
Somme PLAN	986 701 000	737 822 000	549 406 500	274 571 500	188 630 000
Somme DAHW	82 766 000	76 748 560	76 748 560	76 748 560	76 748 560
Somme FSP/REF/HOSP	1 235 000 000	1 235 000 000	1 235 000 000	1 235 000 000	1 235 000 000
Somme UNFPA	604 115 720	832 872 040	334 015 760	0	0
Somme UNICEF	888 500 000	888 500 000	888 500 000	0	0
Somme OMS	544 960 000	544 960 000	544 960 000	544 960 000	0
Somme GTZ/KFW/ (HOP DL)	1 400 000 000	0	0	0	0
Somme FND	2 800 000 000	0	0	0	0
Somme Belgique/ARM II	992 375 000	992 375 000	992 375 000	0	0
Somme BAD	4 240 000 000	4 430 000 000	2 660 000 000	2 090 000 000	1 440 000 000
Somme BID	256 000 000	1 905 500 000	2 969 300 000	708 300 000	0
Somme FONDS GAVI	416 666 667	416 666 667	416 666 667	416 666 667	416 666 667
Somme KFW	700 000 000	700 000 000	700 000 000	700 000 000	700 000 000
Somme IDA/CASRP	7 000 000 000	7 000 000 000	7 000 000 000	0	0
Somme IDA/PMLS	7 000 000 000	7 000 000 000	7 000 000 000	0	0
Somme FSP/GIP ESTHER	233 333 333	233 333 333	233 333 333	0	0
Somme FSP/SANTE URBAINE/BILHARZIOSE	139 487 000	139 487 000	0	0	0
Somme FSP/SIDA	212 207 000	212 207 000	0	0	0
Somme FSP/RECHERCHE	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000	250 000 000
Somme FONDS MONDIAL	212 207 000	212 207 000	0	0	0
Somme USAID	7 449 000 000	0	0	0	0
Somme FONDS SAOUDIEN DEV./HOP GOLF	1 772 666 667	3 545 333 334	3 545 333 334	1 772 666 667	0
Somme Espagne/HOP FANN	0	0	0	0	0
Somme Espagne/HOP Pikine	0	0	0	0	0
TOTAL PARTENAIRES	39 415 985 387	31 353 011 934	29 395 639 154	8 068 913 394	4 307 045 227
Somme ETAT/BFND	38 072 100 000	42 096 700 000	46 549 800 000	51 477 500 000	56 930 600 000
Somme ETAT/BCI	15 000 000 000	15 000 000 000	15 000 000 000	15 000 000 000	15 000 000 000
Somme ETAT/FDD	3 111 479 000	3 422 626 900	3 764 890 000	4 141 380 000	4 555 520 000
TOTAL ETAT	56 183 579 000	60 519 326 900	65 314 690 000	70 618 880 000	76 486 120 000
Somme COLLECTIVITES LOCALES	31 546 500 000				
Somme POPULATIONS	27 229 800 000				
TOTAL	154 375 864 387	150 648 638 834	153 486 629 154	137 464 093 394	139 569 465 227

NB : Les montants indiqués sur le tableau ont été communiqués par les partenaires concernés suite à la correspondance qui leur a été adressée par le comité de pilotage pour l'élaboration de la phase 2. Pour plus de détail, voir en annexe (6).

197. Bien entendu, le cadre sera amélioré au fur et à mesure que les partenaires fourniront des informations précises sur leurs engagements sans compter les résultats de la RDP en cours. En effet, pour les autres sources de financement (Etat, Collectivités, Populations), à la lumière des informations disponibles, il est permis de penser que les tendances actuelles seront maintenues.

198. Pour revenir à la budgétisation détaillée, il faut préciser que le Ministère de la Santé procédera à des allocations globales avec des clés de répartition entre le niveau central et le niveau opérationnel, les activités d'administration et les activités de soins, etc... Plus précisément, il s'agira d'élaborer chaque année un budget par objectifs avec des objectifs clairs et des indicateurs objectivement vérifiables. Les mécanismes de validation des budgets aux différents niveaux ont été précisés plus haut.

2.6 Suivi / Evaluation :

2.6.1. Suivi :

199. Le système de suivi/évaluation de la phase II du PNDS sera particulièrement renforcé en tenant compte de la nécessité d'assurer un meilleur partage des informations et une amélioration notable des taux de complétude et de promptitude des rapports y compris pour les ONG, le parapublic et le secteur privé.

200. Les différents organes de suivi sont, au niveau central, la réunion annuelle conjointe (RAC), le comité interne de suivi (CIS), la mission conjointe de supervision (MCS) et au niveau régional, les réunions trimestrielles de coordination régionale et les réunions mensuelles de coordination du district.

Niveau central

La Réunion annuelle conjointe du programme

201. L'objectif de la RAC est de faire le bilan des activités de l'année écoulée et la validation des activités de l'année à venir.

202. L'organisation de la RAC relève de la responsabilité de la CAS/PNDS. La RAC est coprésidée par le Ministère de la Santé et le MEF. Y participent également les autres ministères impliqués, les partenaires au développement, les collectivités locales, la société civile et les ONGs.

203. A l'issue de chaque RAC, il est élaboré un rapport qui est ensuite traduit par un plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations. Le suivi est assuré par le Cabinet.

La Réunion du Comité Interne de Suivi

204. Elle a lieu tous les trois mois et porte sur :

- le suivi de l'exécution
- l'examen des rapports d'étapes pour faire le point sur la situation des projets et programmes
- l'examen des rapports d'exécution du budget
- le point des recommandations.

205. La réunion du CIS est présidée par le Ministre de la Santé et de la Prévention.

La Mission Conjointe de Supervision

206. Elle a pour objet d'assurer le suivi de l'exécution du programme sur le terrain, conjointement avec les partenaires au développement. Elle se déroule tous les six mois.

207. Selon les objectifs fixés pour la MCS, les acteurs impliqués dans la supervision conjointe sont désignés qu'il s'agisse des techniciens des ministères des collectivités locales.

208. Le rapport de supervision, comme celui de la RAC et du CIS, est traduit en plan d'action.

Niveau régional

209. Le suivi du programme se fait à travers le système traditionnel à travers les réunions trimestrielles de coordination régionale et mensuelles de coordination de district.

210. En plus de ces réunions, il y a les réunions de coordination, les rencontres avec les partenaires, la réunion du comité de pilotage des projets et programmes. Elles sont pour objet d'assurer le suivi spécifique des projets et programmes financés par les par les partenaires au développement. La composition de ces comités est définie par note de service du ministre de la santé.

211. Les missions de supervision des bailleurs de fonds sont organisées à la demande des partenaires et concernent les activités spécifiques financées par ce partenaire qui présente au Ministre un aide mémoire.

212. Les missions de supervision classique sont plus techniques, plus systématisées et mettent en relation le niveau supérieur et le niveau inférieur. Elles sont organisées sur la base d'une périodicité prédéfinie constituant le principal instrument de suivi de l'exécution des programmes de santé.

213. Le monitoring est l'instrument de suivi des postes de santé et centres de santé les plus élaborés. Il a pour but d'améliorer les performances des structures dans la gestion de leurs activités.

214. Pour le cas particulier des Etablissements Publics de Santé (EPS), les outils de gestion sont régis par la loi.

215. En outre, le Ministère de la Santé prendra un certain nombre de mesures d'accompagnement pour accroître les performances du système de suivi. Ces mesures sont les suivantes :

- Mise en œuvre du plan stratégique : La mise en œuvre des activités retenues dans ce plan stratégique permet la disponibilité des données sur les maladies transmissibles notamment celles à potentiel épidémique et permet au-delà le suivi des indicateurs relatifs à la lutte contre la maladie.

- Rationalisation de la collecte : Pour faire face au coût élevé de la collecte des informations qui constitue aujourd'hui un handicap majeur aux systèmes actuels, il est impératif de définir un système efficace de gestion des outils de collecte, pour rationaliser le processus. Une étude sera envisagée comme action majeure, afin de faire des recommandations allant dans ce sens.
- Implication des ONG, du privé et des partenaires : Plusieurs structures interviennent dans le domaine de la santé avec des principes très différents. Les structures privées dont la production de services est essentiellement marchandes constituent une catégorie très importante avec des types de demandeurs spécifiques. Les ONG, les Collectivités Locales, l'Etat, les partenaires, et les Associations qui sont des structures d'administration publique et privée à but non lucratif, produisent les mêmes types de services à caractère non marchand. Pour mieux apprécier la contribution du secteur de la santé à la croissance du PIB et définir les multiplicateurs d'impact, il importe de se diriger vers un système de collecte qui tienne bien compte de toutes ces interventions de manière stricte et automatique. Pour cela, il convient dans un premier temps de revoir la nomenclature et de l'adapter au système. Ensuite, la formation des agents impliqués dans la collecte, le traitement et l'analyse doivent suivre pour mieux s'assurer de l'existence de capacités pouvant prendre en charge ce volet. Enfin, il importe de réaliser un test avant l'adoption définitive.
- Réalisation d'enquêtes périodiques pour évaluer l'efficacité du secteur : La définition des indicateurs d'impact, de suivi, de moyen et de résultats, devra déboucher sur l'identification des besoins en matière de collecte pour un suivi efficient. Au terme de l'élaboration du document de référence, des termes de référence de ces types d'enquêtes périodiques et légères feront l'objet d'une première ébauche.
- Amélioration du monitoring : Pour renforcer l'efficacité des outils, le processus d'amélioration du contenu du monitoring sera engagé et son extension à toutes les formations sanitaires contribuerait à la maximisation de l'utilisation des moyens mis à disposition.
- Mise en place des centres de documentation à tous les niveaux : C'est pour rester davantage fidèle au principe essentiel de participation et d'équité, que l'accès à l'information doit demeurer une priorité. La mise en place de centres de documentation décentralisés constitue une action phare dans les stratégies de communication et de partage des programmes de ce genre.

216. Pour disposer d'un centre adéquat de documentation à tous les niveaux du système, il faudra :

217. Au niveau central doter le centre de documentation, assurer les abonnements nécessaires, former des agents qui y seront affectés (au moins deux), assurer la gestion du patrimoine en plus d'un système d'abonnement et développer un partenariat avec les centres de documentation des institutions partenaires du ministère.

218. Au niveau régional, il faudra centraliser dans les nouveaux locaux des régions médicales ou dans les CRF ouverts, l'ensemble des documents des services de la région médicale, procéder à l'organisation et à l'informatisation du système, afin de disposer de la première génération de centres de documentation décentralisés.

219. Au niveau des districts sanitaires, la quasi-totalité des centres de santé sont rénovés ou sont en voie de l'être. Il s'agira, d'organiser la documentation à leur niveau et de créer un réseau documentaire via l'Internet (Site). L'ouverture des bibliothèques combinées aux salles d'informatique, et le recensement et la centralisation de tous les documents en archives dans les différentes structures faciliteront le développement de cette activité de mise en place de centre de documentation.

2.6.2. Evaluation :

220. Le mécanisme d'évaluation de la première phase sera globalement reconduit en tenant compte des objectifs stratégiques fixés pour la phase II et les indicateurs de mesure retenus (voir annexe) mais également sur la base des informations disponibles à l'issue de l'évaluation finale du PDIS, des PRDS et des PDDS. L'évaluation de la deuxième phase du PNDS sera conduite de la façon suivante :

Revue annuelle des budgets programmes

221. L'organisation des revues annuelles sera systématisée et concernera l'évaluation des plans d'action précédents et la programmation des opérations retenues pour l'année suivante. Ces revues intéressent l'ensemble des régions et des districts et constituent certainement un outil sûr pour accroître les performances à tous les niveaux y compris celles liées à la planification

Tableau de bord des programmes prioritaires

222. Trois programmes feront l'objet d'une évaluation à mi-parcours au niveau du PNDS/PDIS : la santé de la reproduction, la lutte contre les maladies endémiques et la lutte contre le VIH/SIDA. Les indicateurs retenus pour cette partie de l'évaluation à mi-parcours sont des indicateurs de couverture.

223. Le tableau de bord des programmes prioritaires est rempli chaque semestre et est envoyé au Cabinet pour analyse des indicateurs de couverture suivants, notamment :

Santé de la Reproduction

- Pourcentage des districts pratiquant la PCIME
- utilisation CPN
- couverture CPN
- utilisation PEV
- couverture PEV
- % détection GR
- proportion accouchements à domicile
- % accouchements assistés
- prévalence contraceptive
- taux de césariennes
- % cas de diarrhées traitées par RVO
- % cas de diarrhées traitées par ATB
- % enfants mal nourris bénéficiant d'une récupération nutritionnelle

Contrôle des Endémies

- Nombre de malades sous traitement antirétroviral
- Taux de couverture Biltricide dans les villages à forte et à moyenne endémicité bilharzienne
- Taux d’abandon du traitement chez les tuberculeux
- Taux d’utilisation des ordinogrammes pour les cas de paludisme
- Proportion des laboratoires de district dont le contrôle de qualité GE/Frottis montre une concordance égale ou supérieure à 80%.

Evaluation à mi-parcours

224. L’évaluation à mi-parcours de la phase II du PNDS est de la responsabilité de la Cellule d’Appui et de Suivi du PNDS. Cette évaluation est mixte, c’est à dire à la fois externe et interne. Il s’agit de mesurer les progrès réalisés à partir des indicateurs retenus et de faire des recommandations pertinentes pour améliorer les performances.

225. L’évaluation à mi-parcours sera faite sur la base de l’exploitation des rapports semestriels du Comité Interne de Suivi et également sur la base de l’analyse des supports que sont la fiche de suivi des réalisations physiques, le rapport comptable semestriel, le tableau de bord des programmes prioritaires.

226. Le rapport comptable semestriel : Il s’agit d’une fiche qui en une page fait la situation financière selon les normes du manuel de procédure. La fiche est remplie semestriellement avec en annexe la copie des différentes pièces justificatives des dépenses effectuées y compris les derniers relevés de compte. Le rapport comptable semestriel est également envoyé semestriellement à la Cellule pour saisie et traitement informatique.

227. La fiche de suivi des réalisations physiques et le rapport comptable semestriel permettent le calcul des indicateurs de résultats : taux de réalisation des intrants et des extrants.

Evaluation Finale

228. Elle sera faite sur la base de deux enquêtes, une qualitative et une quantitative.

229. L’enquête quantitative se fera avec la participation des partenaires au développement. Il s’agira d’une enquête nationale. Trois groupes d’indicateurs sont retenus pour cette enquête. Les indicateurs de résultats, les indicateurs de couverture et les indicateurs d’impact. La liste des indicateurs de résultats figure dans la partie qui traite du plan d’action décennal. Les indicateurs de couverture sont les mêmes que ceux retenus pour l’évaluation à mi-parcours. Les indicateurs d’impact sont en rapport avec la mortalité et la morbidité.

Indicateurs d’impact

Mortalité

- Taux de mortalité infantile
- Taux de mortalité infanto-juvénile
- Taux de mortalité maternelle
- Taux de létalité palustre

Morbidité

- Taux de prévalence du SIDA
- Taux de prévalence de la Bilharziose (*S. mansoni* et *S. Harmatobium*)
- CMFC (Charge MicroFilarienne moyenne au sein de la Communauté)
- Taux de morbidité proportionnelle palustre
- Taux d'incidence de la Lèpre
- Taux d'incidence de la Tuberculose.

230. L'enquête qualitative va étudier les domaines de la participation des populations à l'effort de santé (impact de la régionalisation, les comités de santé, la société civile), 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 (indigents, groupes vulnérables).

231. L'enquête quantitative et l'enquête qualitative finales seront menées vers la fin de la dernière année de la phase II du PNDS et constitueront la substance du rapport d'achèvement du programme. Pour la partie quantitative, les progrès seront mesurés à partir du niveau de santé décrit à travers le rapport d'évaluation finale de la phase I du PNDS (PDIS) et l'EDS IV.

Indicateurs de résultat

(voir annexe 1).

2.7 Administration et Gestion :

Pilotage du PNDS

232. La coordination du programme est assurée par le Ministre chargé de la Santé à travers une Cellule d'Appui et de Suivi (CAS) du PNDS rattachée au cabinet du ministre. La CAS est responsable de la coordination entre les différents volets du programme. Elle constitue l'interface entre les partenaires au développement et le ministère. Elle participe en tant que de besoin aux réunions de coordination organisées par le chef de file des partenaires au développement du secteur santé. Elle assure le suivi des réformes du secteur. La CAS supervise l'élaboration des plans d'opérations annuels qui seront exécutables après approbation par le ministre. Elle assure le suivi et l'évaluation des projets exécutés dans le cadre du PNDS. Elle élabore chaque année un rapport sur l'état d'avancement du programme et formule des recommandations pour une meilleure exécution des activités. Ce rapport, devant faire l'objet d'une large diffusion, sera alimenté entre autres par des éléments issus des rapports des Directions et Services nationaux et des audits commandités par la CAS. En cela, la CAS est responsable de l'organisation des audits du programme en relation avec les partenaires au développement.

233. La Cellule est responsable de l'organisation des revues annuelles conjointes (RAC) auxquelles prennent part les autres secteurs et les partenaires au développement. Elle organise également les réunions du comité interne de suivi du programme qui est une instance de coordination dont sont membres, le cabinet du ministre y compris la cellule et les services propres, les directions et services nationaux. Elle veille au respect des procédures de gestion du Programme et appuie les directions dans l'exécution de leurs plans d'opérations.

Rôle des Directions

234. Chaque direction assure la gestion du ou des volet(s) de la phase II du PNDS relevant directement de ses compétences.

235. La DAGE est responsable de l'exécution financière du programme. A ce titre, elle prépare les dossiers d'appel d'offres concernant les programmes de génie civil, les acquisitions d'équipement et les études programmées dans les plans d'opération. Elle établit les plans de décaissement sur la base des plans d'action trimestriels et budgets préparés par les responsables de plan d'opération.

236. Elle procède au paiement, à la justification des dépenses et au renouvellement des fonds. La DAGE est aussi chargée de l'élaboration d'un projet de budget à la veille de chaque cycle budgétaire. Dans ce cadre, elle assiste les directions dans l'élaboration de leur budget et organise au sein du ministère une instance d'arbitrage budgétaire. Elle facilitera également le bon déroulement des audits commandités par la CAS par la préparation de tous les dossiers pertinents et l'information des acteurs clés. Elle organisera périodiquement des réunions de coordination des comptables régionaux pour assurer la remontée, à temps, des pièces justificatives et la bonne tenue des livres journaux.

237. Les autres directions, outre leurs missions traditionnelles, exécutent les opérations du programme conformément à leurs attributions telles que décrites dans le décret organisant le ministère. Elles sont chargées notamment d'élaborer des plans d'opérations annuels qui relèvent de leur domaine d'activité, de coordonner l'exécution de ces plans au sein de leur direction, de faire rapport au Ministre selon la périodicité retenue.

238. Elles élaborent et transmettent à la DAGE des plans d'action trimestriels extraits de leur plan d'opération annuel pour disposer à temps des financements requis.

239. Pour les menues dépenses, elles disposent de caisses d'avances.

240. Les directeurs et chefs de services nationaux sont membres du comité interne de suivi où ils sont tenus de présenter un rapport d'étape sur l'état d'avancement de leur plan d'action ; et participent aux instances de la RAC. Ils sont chargés de la mise en œuvre des recommandations issues de ces différentes réunions et qui sont en rapport avec leur mission.

Rôle des établissements publics de Santé (EPS)

241. Les établissements publics de santé élaborent des plans d'opération annuels extraits de leur projet d'établissement avec un budget validé par le conseil d'administration. Les directeurs des EPS participent à la RAC et au comité interne de suivi. Il faut rappeler que l'organisation et le fonctionnement des EPS sont définis par la loi portant réforme hospitalière. Dans tous les cas, ils sont tenus de fournir des rapports d'activité à la tutelle selon la périodicité définie par la réglementation.

Rôle des Régions médicales

242. Au niveau régional, la coordination technique du plan d'opération est assurée par le médecin chef de région (MCR). Il veille à l'élaboration des plans d'action trimestriels et budgets extraits du plan d'opérations (PO) de l'année en cours.

243. A l'instar des directions, les régions médicales élaborent et transmettent à la DAGE des plans d'action trimestriels et budgets extraits de leur plan d'opération annuel pour disposer, à temps, des financements requis.

244. Pour les menues dépenses, elles disposent de caisses d'avances.

245. Les médecins chefs de région présentent chaque trimestre, au cours de réunion de coordination élargie, un rapport d'étape sur l'état d'avancement de leur plan d'action validé, au préalable, par les instances régionales (CRD ou ARD ou Conseil régional).

246. Les MCR participent aux réunions du comité interne de suivi et de la RAC. Ils animent, au niveau régional, des réunions de coordination trimestrielles auxquelles participent les élus locaux, les médecins chefs de districts et les autres acteurs à la base.

Rôle des Districts sanitaires

247. Au niveau district, la gestion du plan d'opération est assurée par le médecin chef de district (MCD). Le MCD avec son équipe, élabore chaque année un plan d'opération qui est validé au niveau régional. Le MCD élabore et présente un plan d'action trimestriel et budget à la région qui assure le financement des menues dépenses à partir de sa caisse d'avance.

248. Le MCD organise des réunions de coordination mensuelles auxquels participent les élus locaux, les infirmiers chefs de postes et les autres acteurs à la base. Il élabore un rapport mensuel qu'il envoie au médecin chef de région et au préfet du département.

CONCLUSION

249. La phase 2 du PNDS consacrera l'avènement de l'appui budgétaire non ciblé dans le secteur de la Santé accompagné de réformes allant dans le sens de la décentralisation/déconcentration de la gestion financière et comptable. C'est dire que les interventions qui seront davantage orientées vers la satisfaction des besoins de santé des groupes vulnérables pourront être améliorées avec la facilitation de la mobilisation des ressources. Le contexte est d'autant plus favorable que des mesures incitatives pour la motivation des personnels de santé vont être prises. Dans tout ce processus, c'est enfin de compte l'amélioration de l'accès des groupes vulnérables et des populations pauvres qui est recherché.