



République du Sénégal
Un Peuple - Un But - Une Foi



Ministère de la Santé
et de l'Action sociale



Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028



Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028





Sommaire

LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	VIII
LISTE DES CARTES.....	VIII
SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	XII
PRÉFACE.....	XIX
AVANT-PROPOS.....	XXI
RÉSUMÉ EXÉCUTIF.....	XXIII
INTRODUCTION.....	1
I. GÉNÉRALITÉS SUR LE SÉNÉGAL.....	3
I.1 Situation géographique.....	4
I.2 Organisation administrative et territoriale.....	4
I.3 Situation démographique.....	5
I.4 Situation économique.....	6
I.5 Situation socioculturelle.....	6
II. CONTEXTE.....	7
II.1 Contexte international.....	8
II.2. Contexte national.....	9
III. ORGANISATION DU SECTEUR.....	13
III.1 Réformes dans le secteur.....	14
III.2 Pyramide socio-sanitaire.....	15
III.2.1 Offre publique de services de soins.....	16
1. Les Etablissements publics de santé.....	16
2. Les Districts Sanitaires.....	17
3. Les structures d'hygiène.....	17
4. Les structures de l'Action Sociale.....	17
III.2.2 Offre privée de services de soins.....	18
IV. SITUATION SOCIO-SANITAIRE.....	19
IV.1 État de santé de la population.....	20
IV.1.1 Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes.....	20
IV.1.2 Maladies transmissibles.....	23
IV.1.3 Maladies non transmissibles (MNT).....	25
IV.1.4 Santé Mentale.....	27
IV.1.5 Hygiène et assainissement.....	27
IV.1.6 Santé-environnement.....	27
IV.1.7 Traumatismes, Violences et Maltraitance des enfants.....	28
IV.2 Situation de la pauvreté et du handicap.....	29

V. FORCES, FAIBLESSES ET DEFIS DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE.....	31
V.1 Gouvernance et leadership.....	32
V.1.1. Pilotage et coordination du secteur.....	32
V.1.2. Planification, Suivi et Évaluation et Recherche.....	32
V.1.3 Financement du secteur.....	33
V.2. Offre de services.....	35
V.2.1. Disponibilité et accessibilité de l'offre.....	35
V 2.2. Disponibilité en médicaments et autres produits de santé.....	37
V 2.3. Qualité de l'offre de services.....	38
V 2.4. Équité dans l'accès aux services.....	39
V.3 Protection sociale.....	40
V.4 Principaux défis du secteur.....	42
V.4.1 Gouvernance et financement.....	42
V.4.2 Offre de services de santé et d'action sociale.....	42
V.4.3 Protection sociale.....	42
VI. CADRE STRATEGIQUE.....	43
VI.1 Vision.....	44
VI.2 Missions.....	44
VI.3 Principes et Valeurs.....	44
VI.3.1 Principes directeurs.....	44
VI.3.2 Valeurs.....	44
VI.4. Objectifs du PNDSS.....	44
VI.5. Résultats attendus.....	45
VI.6 Orientations stratégiques.....	46
VI.7. Développement des orientations stratégiques.....	46
VI.7.1 Renforcement de la gouvernance et du financement.....	46
VI.7.2 Offre de services de santé et d'action sociale.....	53
VI.7.3 Promotion de la protection sociale dans le secteur.....	64
VII. CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	69
VII.1 Mécanismes institutionnels de pilotage, de coordination et d'exécution du plan aux différents niveaux du système.....	70
VII.1.1 Coordination et pilotage.....	70
VII.1.1.1 Niveau Central.....	70
VII.1.1.2 Niveau régional.....	71
VII.1.1.3 Niveau Départemental.....	71
VII.1.1.4 Niveau communautaire.....	71
VII.1.2 Mécanismes de mise en œuvre du PNDSS.....	71
VII.1.2.1 Instruments de planification et de mise en œuvre.....	71
VII.1.2.2 Financement.....	73
VII.2 Acteurs du PNDSS.....	74

VIII. CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION.....	77
VIII.1 Mécanismes de suivi.....	78
VIII.1.1 Les Réunions de coordination.....	78
VIII.1.1.1 Réunions de coordination du Ministère.....	78
VIII.1.1.2 Réunions de coordination des Directions Nationales, des Régions Médicales et des Districts Sanitaires.....	78
VIII.1.2 Les missions de supervision.....	78
VIII.1.2.1 Au niveau Central.....	78
VIII.1.2.2 Au niveau régional : Supervision trimestrielle.....	78
VIII.1.2.3 Au niveau départemental ou District : Supervision mensuelle.....	78
VIII.1.2.4 Au niveau communautaire : Supervision mensuelle.....	78
VIII.1.3 Audit.....	79
VIII.1.4 Monitoring.....	79
VIII.1.5 Revues.....	79
VIII.1.5.1 Au niveau National.....	79
VIII.1.5.2 Au niveau Régional.....	80
VIII.1.5.3 Au niveau Départemental.....	80
VIII.1.6 Gestion de l'information sanitaire.....	80
VIII.1.6.1 Enquêtes.....	80
VIII.1.6.2 Données de routine.....	80
VIII.2 Mécanismes d'évaluation.....	82
VIII.2.1 Évaluation à mi-parcours en 2023.....	82
VIII.2.2 Évaluation finale en 2028.....	82
VIII.3 Indicateurs du PNDSS.....	82
IX. PREVISION BUDGETAIRE.....	83
IX.1 Contexte.....	84
IX.2 Méthodologie.....	84
IX.3 Résultats.....	86
IX.3.1 Budget global.....	86
IX.3.2 Budget par orientation stratégique.....	88
IX.3.3 Evolution des indicateurs d'impacts en fonction du Budget.....	89
CONCLUSION.....	90
ANNEXES.....	92
Annexe 1 : Feuille de route pour l'élaboration du PNDSS 2019 – 2028.....	93
Annexe 2 : Note de Service portant création du Comité de pilotage.....	96
Annexe 3 : Note de Service portant création du Comité technique.....	97
Annexe 4 : Liste des membres du Groupe restreint de rédaction.....	98
Annexe 5 : Liste des contributeurs au PNDSS.....	99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition de la population du Sénégal selon les Régions (projections ANSD 2019).....	5
Tableau II : Évolution des indicateurs de la cataracte entre 2000 et 2016 au Sénégal.....	26
Tableau III : Évolution du budget du MSAS de 2012 à 2017 selon les différentes rubriques de dépense (Source DAGE).....	33
Tableau IV : Ratio de couverture en personnel de santé au Sénégal en 2016 (Source Annuaire des Ressources Humaines 2016).....	35
Tableau V : Prévisions de financement du PNDSS 2019 - 2028 par année selon les sources de financement (en FCFA).....	86
Tableau VI : Prévisions de financement du PNDSS par Orientation Stratégique et par année.....	88
Tableau VII : Evolution des indicateurs d'impact en fonction du budget.....	89

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Incidence de la pauvreté par Région au Sénégal en 2011 (Source ANSD).....	6
Figure 2 : Contexte national et international de planification du PNDSS.....	11
Figure 3 : Organisation du système de santé sénégalais.....	15
Figure 4 : Tendances de la mortalité maternelle au Sénégal entre 1997 et 2017 (Source EDS / Compte à rebours SNU 2018).....	20
Figure 5 : Tendances de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1997 et 2017 au Sénégal (Source EDS 2017).....	21
Figure 6 : Evolution de la morbidité proportionnelle de 2001 à 2017 en fonction des interventions majeures du Programme National de Lutte contre le Paludisme.....	23
Figure 7 : Modèle de budgétisation du One health dans le PNDSS en 2018.....	85
Figure 8 : Evolution prévisionnelle du financement du PNDSS par source.....	87
Figure 9 : Budget par Orientation Stratégique du PNDSS 2019 - 2028.....	88
Figure 10 : Evolution des indicateurs d'impact.....	89

LISTE DES CARTES

Carte 1 : Carte administrative du Sénégal avec les régions en 2018.....	4
Carte 2 : Carte de distribution des Etablissements publics de santé hospitaliers selon les niveaux par région au Sénégal en 2018 (Source CSSDOS 2018).....	16
Carte 3 : Carte de répartition des Districts Sanitaires au Sénégal en 2018.....	17
Carte 4 : Carte des Structures privées de Soins par région et selon le type en 2017 (Source Cartographie 2017).....	18
Carte 5 : Distribution de la de la prévalence du VIH au Sénégal par région en 2017.....	24



« (...) permettre à tous les sénégalais, au moment où ils en ont besoin, d'accéder à des soins de santé de qualité, sans aucune entrave financière, et sans aucun risque financier »

***SEM. Macky SALL,
Président de la République du Sénégal***



SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ACAME	Association Africaine des Centrales d'Achats de Médicaments Essentiels
ACMU	Agence de la Couverture Maladie Universelle
ADM	Agence de Développement Municipal
ADS	Association des Départements du Sénégal
AIM	Aids Impact Models
AMS	Association des Maires du Sénégal
ANAQ SUP	Agence Nationale d'Assurance Qualité de l'Enseignement Supérieur
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARV	Antirétroviraux
ASPS	Alliance du Secteur Privé de la Santé
ATPC	Assainissement Total Piloté par la Communauté
BCI	Budget Consolidé d'Investissement
BNSP	Brigade Nationale des Sapeurs-Pompiers
BSF	Bourses de Sécurité Familiale
CAPSU	Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle
CDD	Comité Départemental de Développement
CDS	Comité de Développement Sanitaire
CDSMT	Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
CEC	Carte d'Egalité de Chances
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CESE	Conseil Economique, Social et Environnemental
CIMA	Conférence Interafricaine du Marché des Assurances
CIS	Comité Interne de Suivi
CMPM	Commission Médicaments et Produits Médicaux
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNRS	Centre National de Réadaptation Sociale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
COUD	Centre des Œuvres Universitaires de Dakar
COUS	Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire
CP/PNDSS	Comité de Pilotage du PNDSS
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion sociale
CRAO	Centre Régional d'Appareillage Orthopédique
CRC	Cadre de Restitution Communautaire
CRD	Comité Régional de Développement
CSS	Caisse de Sécurité Sociale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT	Collectivité Territoriale
CVAC	Comité de Veille et d'Alerte Communautaire
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement
DAMS	Direction de l'Action Médico-Sociale
DEMPROJ	Outil d'estimation de la projection démographique
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGPSN	Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DIEM	Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance
DLM	Direction de la Lutte contre la Maladie
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DPPGV	Direction de la Promotion et de la Protection des Groupes Vulnérables
DPPPH	Direction de la Promotion et de Protection des Personnes Handicapées
DPRS	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques
DRSAS	Direction Régionale de la Santé et de l'Action Sociale
DS	District Sanitaire
DVRM	Dépôts-Ventes avec Reversement de la Marge
ECD	Equipe Cadre de District
ECPSS	Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé
ECR	Equipe Cadre de Région
EDS – MICS	Enquête Démographique de Santé à Indicateurs Multiples
EIG	Évènements Indésirables Graves
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale
ENTSS	Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux et Spécialisés
EPS	Etablissement Public de Santé
FAR	Femmes en âge de Reproduction

FBR	Financement Basé sur les Résultats
FONSIS	Fonds Souverain d'Investissements Stratégiques
FUDPE	Fichier Unifié des Données du Personnel de l'Etat
GAR	Gestion Axée sur les Résultats
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HMO	Hôpital Militaire de « Ouakam »
HTA	Hypertension Artérielle
IAAF	Inspection des Affaires Administratives et Financières
IB	Initiative de Bamako
ICAMO	Institut de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire
ICP	Infirmier Chef de Poste
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDE	Investissements Directs Etrangers
IGV	Indigents et Groupes Vulnérables
IPM	Institut de Prévoyance Maladie
IPRES	Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal
LiST	Life Saves Tool
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
LOS	Loi d'Orientation Sociale
LPSD	Lettre de Politique Sectorielle de Développement
MAP	Mécanisme d'Achat de la Performance
MCA	Millenium Challenge Account
MCD	Médecin-Chef de District
MCR	Médecin-Chef de Région
MCS	Mission Conjointe de Supervision
MEFP	Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan
MH	Ministère de l'Hydraulique
MPE	Médicaments et Produits Essentiels
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MTN	Maladies Tropicales Négligées
NINEA	Numéro d'Identification Nationale des Entreprises et des Associations
NV	Naissances vivantes

ODD	Objectifs de Développement Durable
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OHT	Onehealth Tool
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
ORCAP	Outils de Renforcement de Capacités par Auto Evaluation Participative
OS	Orientation Stratégique
OSC	Organisations de la Société Civile
PDCS	Programme de Densification de la Carte Sanitaire et Sociale
PIB	Produit Intérieur Brut
PIS	Programme d'Investissements Sectoriel
PMG	Paquet Minimum Garanti
PMT	Praticiens de la Médecine Traditionnelle
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNBSF	Programme National des Bourses de Sécurité Familiale
PNDL	Plan National de Développement Local
PNDRH	Plan National de Développement des Ressources Humaines
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNDSS	Plan National de Développement Sanitaire et Social
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNRBC	Programme National de Réhabilitation à Base Communautaire
POCT	Plan d'Opération des Collectivités Territoriales
PPP	Partenariat Public Privé
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PRONALIN	Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales
PSE	Plan Sénégal Emergent
PSEG	Paquet de Services Essentiels Garantis
PSNPS	Plan Stratégique National de Promotion de la Santé
PSS	Prestations de Soins et Services

PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTS	Poste de Transfusion Sanguine
PTT	Plan de Travail Trimestriel
PUDC	Plan d'Urgence de Développement Communautaire
PUMA	Plan d'Urgence de Modernisation des Axes Frontaliers
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RAC	Revue Annuelle Conjointe
RBC	Réhabilitation à Base Communautaire
RGPHAE	Recensement Général de la Population, de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Elevage
RH	Ressources Humaines
RM	Région Médicale
RSE	Responsabilité Sociétale d'Entreprise
RSI	Règlement Sanitaire International
RSS	Renforcement du Système de Santé
SAFI	Sages-Femmes Itinérantes
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDAS	Service Départemental de l'Action Sociale
SFE	Sage-Femme d'Etat
SIBIO	Système d'Identification Biométrique
SIGICMU	Système d'Information et de Gestion Intégrée de la CMU
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SISS	Système d'Information Sanitaire et Sociale
SNEEG	Stratégie Nationale pour l'Equité et l'Egalité du Genre
SNEIPS	Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
SNH	Service National de l'Hygiène
SNPE	Stratégie Nationale de Protection de l'Enfant
SNRS	Service National de Réadaptation Sociale
SNU	Système des Nations Unies
SNVBG	Stratégie Nationale contre les Violences Basées sur le Genre
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
SRAJ	Santé de la Reproduction des Adolescents Jeunes
SRAS	Services Régionaux de l'Action Sociale
SRMNIA	Santé Reproductive, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et des Adolescents
SSP	Soins de Santé Primaires
STEPS Wise	Enquête pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication
UA	Union Africaine
UAEL	Union des Associations d'Elus Locaux
UAU	Unité d'Accueil des Urgences
UDAM	Union Départementale de l'Assurance Maladie
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
USAID	United States Agency for International Development
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience humaine





PRÉFACE



Le secteur de la Santé et de l'Action Sociale a procédé à l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire et Social du Sénégal (PNDSS), couvrant la période 2019 – 2028, après trois (3) cycles de planification stratégique, qui ont démarré en 1989.

Dans un souci de cohérence et d'efficacité, les plus hautes autorités du pays ont décidé d'intégrer les secteurs de la santé et de l'action sociale dans un seul département ministériel.

Les engagements internationaux et nationaux du Sénégal convergent vers un objectif ultime : l'accès de tous les sénégalais, sans distinction, à la meilleure qualité de soins possible, sans subir de risque financier pouvant compromettre la satisfaction d'autres besoins essentiels du ménage comme l'éducation ou l'habitat.

La santé étant un droit inaliénable pour tout individu, la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), constitue dès lors une exigence sociale et économique, et un impératif de justice et d'équité.

Ainsi, divers instruments ont déjà été élaborés dans la perspective de la CSU, notamment la Stratégie Nationale de Financement de la Santé et la Lettre de Politique Sectorielle de Développement. Ces instruments auront grandement aidé à la réalisation du PNDSS, en synergie avec les autres secteurs de développement.

Fidèles à l'option prise dans le cadre des Objectifs de Développement Durable, nous sommes convaincus que la préservation de l'environnement, l'éducation et la promotion des droits humains participent sûrement à la réalisation des objectifs de Santé Publique.

Lors de cet exercice, tous les segments du secteur de la santé et de l'action sociale ont été analysés de façon approfondie. Les résultats de cette analyse ont permis d'identifier des défis majeurs pour les dix prochaines années, qui sont certes nombreux et de taille, mais la volonté de les relever est grande.

La vision politique qui sous-tend les actions du secteur, la mission, les principes directeurs et valeurs a été présentée. Des orientations stratégiques ont été définies avec des résultats attendus formulés, conformément aux principes de Gestion Axée sur les Résultats.

Comme lors de son élaboration, la mise en œuvre de ce PNDSS requiert, une fois encore, l'implication et l'engagement de toutes les familles d'acteurs : autorités administratives et territoriales, partenaires techniques et financiers, acteurs du secteur, partenaires sociaux, secteur privé, société civile, communautés, etc.

Qu'il nous soit permis de remercier, au nom du Président de la République, Son Excellence Monsieur Macky SALL et de son gouvernement, tous ceux qui ont pris part aux réflexions et concertations qui ont jalonné la maturation de ce présent PNDSS. Je pense, entre autres, à nos Partenaires Techniques et Financiers, pour leur précieux concours sans cesse renouvelé.

Enfin, j'adresse mes encouragements aux personnels du secteur de la santé et de l'action sociale, dévoués et engagés, à l'accomplissement des objectifs qui leur sont assignés.

Abdoulaye Diouf SARR



AVANT-PROPOS

Le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) du Sénégal, couvrant la décennie 2019 – 2028, a été élaboré suivant une approche participative par un Comité Technique (CT, mis en place par note de service n° 07772 / MSAS / DPRS / D.Planification du 05 juin 2018) et supervisé par un Comité de Pilotage (CP, mis en place par note de service n° 07592 / MSAS / DPRS / D.Planification du 1^{er} juin 2018). Le processus a duré 6 mois, du 26 juillet 2018 au 25 janvier 2019.

Présidé par le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale, le Comité de Pilotage avait pour mission de définir les orientations stratégiques et d'assurer le suivi du processus d'élaboration du PNDSS. Il a regroupé les acteurs du secteur, les représentants des Institutions de la République, les autres départements ministériels, les Collectivités Territoriales, les Partenaires Techniques et Financiers, les Partenaires sociaux, les Universités, les Instituts de formation et les Organisations de la Société Civile. Le comité de pilotage s'est réuni plusieurs fois afin d'apprécier les progrès réalisés dans l'élaboration du PNDSS, et de valider les produits des différentes étapes du processus.

Le Comité Technique, instance de coordination et d'exécution, sous la conduite du Directeur de la Planification, de la Recherche et des Statistiques, a permis d'apporter un regard critique sur le document. Ce Comité a eu l'heureuse initiative de mettre en place un Comité restreint qui a travaillé en étroite collaboration, avec les Directions, Services, Divisions, Programmes et Cellules du MSAS. La même démarche a été entreprise avec les principaux partenaires techniques et financiers du MSAS. C'est ainsi que, les préoccupations essentielles ont été prises en compte et intégrées au PNDSS.

Plusieurs réunions de cadrage ont été tenues dans le cadre du Comité Restreint. Les éléments factuels évoqués dans ce document ont été croisés et recoupés plusieurs fois entre différentes sources, afin que le PNDSS soit basé sur des données probantes.

Le PNDSS reflète l'ambition du Sénégal de tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) à l'horizon 2030, conformément à l'agenda du développement international.

L'analyse du secteur a privilégié les déterminants de cette CSU : gouvernance et financement du secteur, offre de service, protection sociale. Une démarche prospective a été bâtie sur les résultats de l'analyse situationnelle.

De cet exercice itératif, est né le PNDSS 2019 – 2028 que voici. Il traduit en projections concrètes les aspirations du peuple sénégalais à la Couverture Sanitaire Universelle.

C'est le lieu de remercier toutes les parties prenantes, pour leur disponibilité et leur patience. La mise en œuvre réussie du PNDSS sera la meilleure gratification pour les nombreuses personnes qui ont œuvré à son aboutissement.



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019 – 2028, tend résolument vers l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle au Sénégal. Il est basé sur trois (03) axes majeurs que sont : (i) la gouvernance et le financement du secteur ; (ii) l'offre de services de santé et d'action sociale, et (iii) la protection sociale dans le secteur.

Avec une population estimée en 2019, à 16 millions d'habitants (essentiellement jeune), le Sénégal accuse une forte croissance démographique (2,5%). Malgré des progrès significatifs, les taux de mortalité maternelle (236 pour 100 000 Naissances Vivantes) et infanto juvénile (56 pour 1 000 Naissances Vivantes), restent encore élevés. Le fardeau des Maladies Transmissibles persiste, alors que celui des Maladies Non Transmissibles augmente rapidement.

Avec un IDH de 0,494, le pays est classé parmi ceux « à développement humain faible ».

L'analyse des forces et faiblesses du secteur de la santé et de l'action sociale montre que, malgré une organisation qui s'adapte progressivement aux défis, les contraintes restent nombreuses et touchent tous les piliers du système de santé : (i) leadership et gouvernance ; (ii) prestations de services ; (iii) ressources humaines pour la santé ; (iv) financement ; (v) médicament et technologie ; (vi) information / recherche opérationnelle. De cette analyse, découlent des défis qui justifient les stratégies envisagées dans le cadre d'une approche résolutive.

Ce présent PNDSS est soutenu par la vision d'«Un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé et d'action sociale de qualité sans aucune forme d'exclusion et où, il leur est garanti un niveau de santé et de bien-être économiquement et socialement productif».

Les résultats sectoriels attendus de la mise en œuvre de ce présent plan sont : (i) la gouvernance et le financement du secteur sont renforcés à travers des mécanismes de pilotage, de régulation, de supervision, de contrôle et d'audit, de mobilisation et de rationalisation de l'utilisation des ressources ; (ii) l'offre de services de santé et d'action sociale de base et de référence de qualité est universellement accessible aux populations ; (iii) la protection sociale des populations, en particulier les groupes vulnérables est améliorée à travers l'accessibilité aux services de santé et d'action sociale sans discrimination aucune.

Ces résultats sectoriels sont déclinés en 15 résultats intermédiaires.

Au point de vue cadre stratégique, trois (03) orientations stratégiques congruentes aux résultats attendus ont été dégagées et, soixante (60) lignes d'action ont été formulées à partir des orientations stratégiques.

Le cadre de mise en œuvre du PNDSS est caractérisé par une forte déconcentration et une décentralisation, avec l'implication effective des Collectivités Territoriales à travers les Comités de Développement Sanitaire.

Les grandes lignes du cadre de Suivi et d'Évaluation avec les principaux mécanismes et indicateurs d'impact ont été proposées dans ce plan.

Le budget requis pour la réalisation du PNDSS 2019 – 2028 est estimé à 3 969,69 milliards de Francs CFA. Ce budget a été décliné par année et en fonction des orientations stratégiques.



INTRODUCTION

Le Plan National de Développement Sanitaire et Social, PNDSS 2019-2028, a pour enjeu fondamental, l'avancée du pays vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) pour la réalisation de l'Objectif de Développement Durable (ODD) numéro 3.

A ce titre, sa conception est arrimée aux orientations stratégiques du Plan Sénégal Emergent (PSE) et de la Lettre de Politique Sectorielle de Développement (LPSD). Outre les engagements internationaux relatifs aux ODD, il prend également en compte les autres engagements du pays en matière de santé, notamment : (i) le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, tenue du 5 au 13 septembre 1994 au Caire ; (ii) la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement en date du 02 mars 2005 ; (iii) le Règlement Sanitaire International (RSI) de 2005 ; (iv) l'Agenda 2063 de l'Union Africaine ; (v) la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement du 29 août 2008 et, (vi) la Déclaration d'Astana sur les Soins de Santé Primaires (SSP), lors du sommet sur les 40 ans de la déclaration d'Alma Ata en Octobre 2018.

Le PNDSS constitue le cadre de mise en œuvre de la politique de santé et d'action sociale.

La mise en œuvre du PNDSS 2019-2028, à travers le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), sera concrétisée par les interventions visant les trois déterminants majeurs de la CSU que sont :

- ◆ la gouvernance et le financement du secteur ;
- ◆ l'offre de santé et d'action sociale ;
- ◆ la protection sociale dans le secteur.

Ce présent document s'articule autour de six points : **(i)** la présentation du secteur ; **(ii)** l'analyse de la situation ; **(iii)** le cadre stratégique ; **(iv)** le cadre de mise en œuvre ; **(v)** le cadre de suivi et d'évaluation ; et **(vi)** les prévisions budgétaires.

Un plan de suivi et d'évaluation et un cadre de mesure de la performance, parties intégrantes du PNDSS, seront également élaborés.





I GÉNÉRALITÉS SUR LE SÉNÉGAL

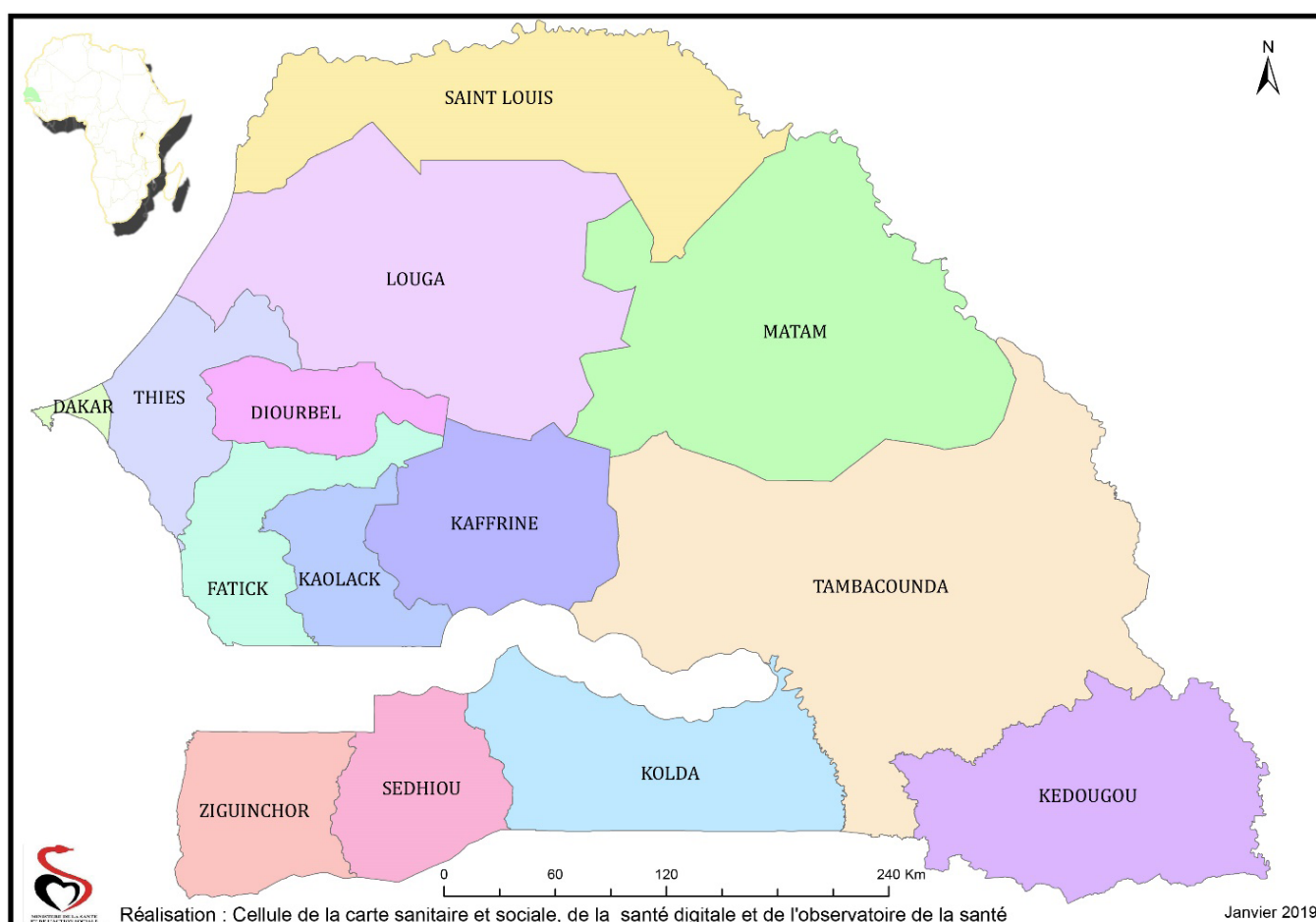
I.1 Situation géographique

Le Sénégal est situé à l'extrême ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 712 km² avec une façade maritime occidentale de plus de 700 km. Il est limité au Nord par la République Islamique de Mauritanie, à l'Est par la République du Mali, au Sud par la République de Guinée et la République de Guinée Bissau, et à l'Ouest par l'océan atlantique. La République de Gambie constitue une enclave de 25 km de large et de près de 300 km de long à l'intérieur du territoire sénégalais.

I.2 Organisation administrative et territoriale

Le Sénégal a opté pour une politique de déconcentration administrative avec un découpage en 14 régions, 45 départements et 123 arrondissements. Il met également en œuvre une politique de décentralisation progressive et irréversible avec 599 Collectivités Territoriales (42 départements / CT, 557 communes dont 3 villes qui épousent le contour de leur département administratif).

La carte 1 montre les Régions administratives du Sénégal.



Carte 1 : Carte administrative du Sénégal avec les régions en 2018

La loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013, portant « Acte III de la Décentralisation » a introduit la communalisation intégrale, supprimé la région comme Collectivité Locale et érigé le département en Collectivité Locale. Avec cet approfondissement de la décentralisation, l'État du Sénégal a définitivement opté pour la territorialisation des politiques publiques, pour asseoir des territoires viables et compétitifs, porteurs d'un développement durable. A ce titre, ces Collectivités Locales, devenues Collectivités Territoriales par la loi n° 2014-19 du 24 avril 2014, sont dotées de compétences transférées dans neuf domaines, dont celui de la santé. Chaque Collectivité Territoriale est dirigée par des conseillers élus.

I.3 Situation démographique

En 2019, la population du Sénégal est estimée à 16 209 125 habitants¹ avec une croissance démographique de 2,5%. L'accroissement relativement élevé de la population est expliqué par une natalité toujours élevée (taux brut de natalité 38‰), un indice synthétique de fécondité à 4,6 (EDS-C 2017), et une mortalité globale en constante baisse passant de 8,2‰ en 2013, à 7,1‰ en 2018 (ANSD).

La densité moyenne de la population est de 82 habitants au km². Toutefois, il existe une forte disparité dans la répartition de la population entre les 14 régions administratives du pays. Les régions les plus peuplées sont Dakar, Thiès et Diourbel avec respectivement 23,1% ; 13,0% ; et 11,1% de la population totale. A l'opposé, les régions septentrionales et orientales du pays se caractérisent par la faiblesse de leur population : la région de Kédougou est la moins peuplée avec 1,1% de la population totale, tandis que celle de Tambacounda, qui représente la région la plus vaste (21,5 % de la superficie nationale), ne compte que 5,2% de la population du pays.

Le tableau I donne la répartition de la population par région en fonction des superficies selon les projections de l'ANSD en 2019.

Tableau I : Répartition de la population du Sénégal selon les Régions (projections ANSD 2019)

Région	Population Totale	Poids Démographique (%)	Superficie (km ²)	Densité (hbts/ km ²)
Dakar	3 732 282	23,03	547	6 823
Diourbel	1 801 999	11,12	4 824	374
Fatick	870 361	5,37	6 849	127
Kaffrine	703 560	4,34	11 262	62
Kaolack	1 155 433	7,13	5 357	216
Kédougou	184 276	1,14	16 800	11
Kolda	796 581	4,91	13 771	58
Louga	1 032 644	6,37	24 889	42
Matam	706 042	4,36	29 445	24
Saint-Louis	1 063 539	6,56	19 241	55
Sédhiou	553 006	3,41	7 341	75
Tambacounda	841 512	5,19	42 364	20
Thiès	2 105 711	12,99	6 670	316
Ziguinchor	662 179	4,09	7 352	90
SENEGAL	16 209 125	100,00	196 712	82

Source : ANSD 2018

La population du Sénégal est caractérisée par sa jeunesse (la moitié de la population a moins de 18,5 ans) avec un âge moyen de 22,7 ans. Au rythme actuel d'évolution de la croissance démographique, la population du pays va doubler en l'espace de 28 ans. Ces caractéristiques particulières mettent en exergue l'enjeu majeur de la capture du dividende démographique, pour l'atteinte des objectifs nationaux de développement.

¹ ANSD. Projections de la Population Sénégalaise par Région. http://www.ansd.sn/index.php?option=com_ansd&view=titrepublication&id=30

I.4 Situation économique

Le Sénégal est caractérisé par une stagnation relative de la pauvreté, expliquée en partie par un taux annuel de croissance du PIB par tête d'habitant d'environ 0,5% sur la période 2005-2011. Toutefois, la légère baisse de l'incidence de la pauvreté a été accompagnée par une augmentation du nombre absolu de pauvres sur la période. La pauvreté est plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine. Avec 26,1% de pauvres en 2011, la région de Dakar jouit d'une situation nettement plus favorable que les autres régions du pays, même si elle contribue de façon importante (13,5%) à la pauvreté du fait qu'elle concentre un quart de la population.

La figure 1 montre l'incidence de la pauvreté dans les 14 régions administratives du Sénégal.

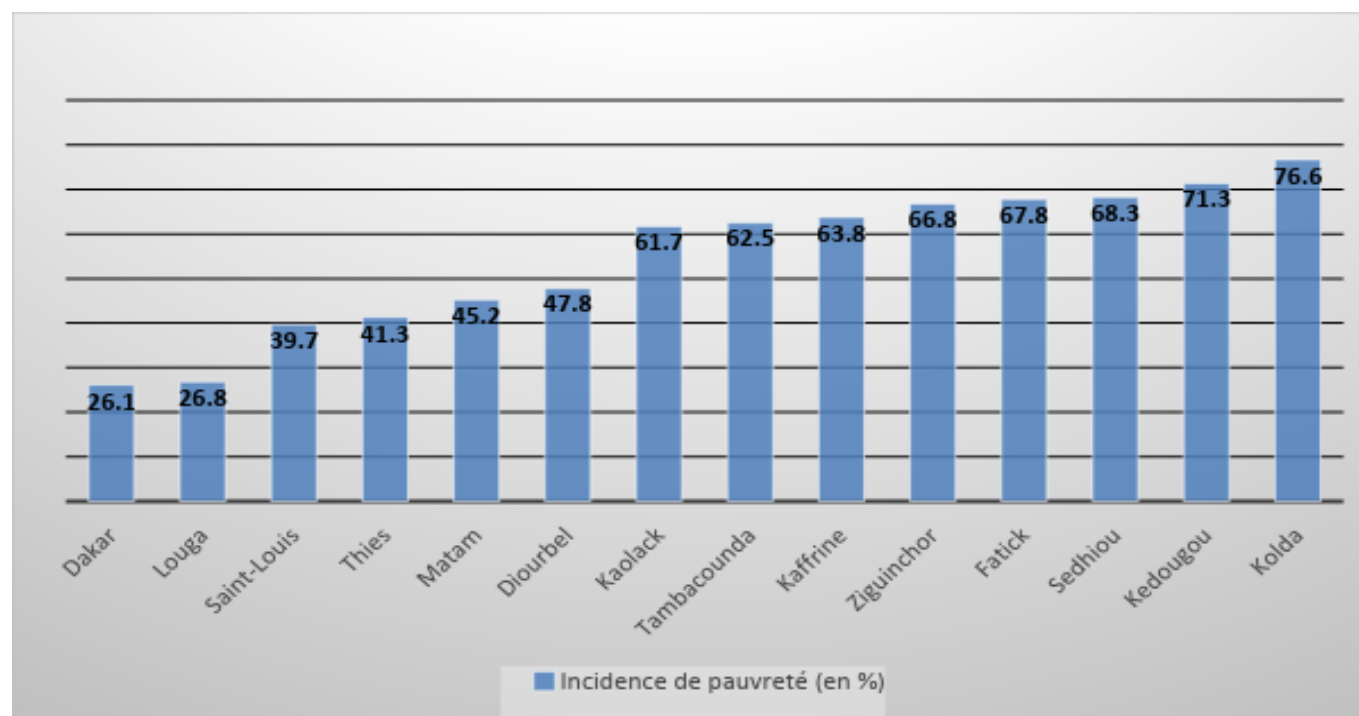


Figure 1 : Incidence de la pauvreté par Région au Sénégal en 2011 (Source ANSD)

Afin de promouvoir l'essor socio-économique en général et de lutter efficacement contre la pauvreté en particulier, le Sénégal s'est engagé depuis 2012 dans un nouveau modèle de développement porté par le Plan Sénégal Émergent (PSE). Celui-ci constitue le référentiel de la politique économique et sociale depuis 2014, et vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Il met l'accent sur la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations, particulièrement par la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services essentiels.

I.5 Situation socioculturelle

Le Sénégal jouit d'une riche diversité ethnique. Les principales ethnies sont les Ouolofs représentant 39,8% de la population, les Halpulaars (26,5%), les Sérères (15,0%), les Mandingues (6,2%) et les Joolas (3,7%). Divers autres groupes et sous-groupes ethniques composent les 8,8% restants : Arabes hasanyas, Manjackes, Balantes, Bambaras, Arabes d'origine libano-syrienne, etc.

Le français est la langue officielle du pays. La langue majoritairement parlée est le « Ouolof ».

Sur le plan religieux, la population du Sénégal est composée majoritairement de musulmans (94,7%). Les chrétiens représentent 4,9%, tandis que les autres religions représentent 0,4% de la population.



II CONTEXTE

II.1 Contexte international

En 2000, les dirigeants du monde ont adopté la Déclaration du Millénaire, qui avait abouti à la définition de huit (08) Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La lutte contre l'extrême pauvreté sous toutes ses formes, dans les pays du Sud, fut ainsi placée au cœur du programme de développement mondial durant les quinze années ayant suivi.

Selon le rapport OMD Nations Unies 2015, la proportion de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar US par jour est passée de 36% en 1990 à 15% en 2011. Ainsi, plus d'un milliard de personnes ont été sorties de l'extrême pauvreté. Dans les régions en développement, le taux de pauvreté est passé de 47% en 1990 à 14% en 2015, soit une baisse de plus de deux tiers.

Au cours de la même période, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans la Région Afrique subsaharienne est passé de 179 décès pour 1 000 Naissances Vivantes (NV) en 1990, à 86 décès pour 1 000 NV en 2015. Les décès imputables au paludisme ont également été considérablement réduits.

Pour l'OMD sur l'éducation, on note une diminution du nombre d'enfants non scolarisés dans le monde. L'Afrique Subsaharienne a été la région ayant obtenu les meilleurs résultats sur l'éducation primaire, avec un nombre d'enfants inscrits à l'école primaire qui a plus que doublé, passant de 62 à 149 millions sur la période 1990-2012. Toutefois, selon le même rapport, on estime à 33 millions, le nombre d'enfants non scolarisés en âge d'aller à l'école en 2015, dont plus de la moitié (55%) sont des filles.

Malgré les importants progrès de développement qu'ils ont permis, les OMD ont fait l'objet de nombreuses critiques pour plusieurs raisons, dont la faible appropriation nationale due à un processus peu inclusif et une intégration limitée dans les programmes et plans de développement aux niveaux continental, régional et national.

L'Agenda de développement Post-2015 (Agenda 2030) ou Programme de Développement durable, a été défini, en tirant les leçons de la mise en œuvre des OMD.

C'est ainsi qu'en septembre 2015, la communauté internationale a adopté ce nouveau programme qui définit dix - sept (17) Objectifs de Développement Durable (ODD) déclinés en cent soixante-neuf (169) cibles. Ces objectifs, intégrant les trois (3) dimensions du développement durable (économique, sociale et environnementale), devraient permettre d'éradiquer la pauvreté, de lutter contre les inégalités et l'injustice, et de faire face aux changements climatiques durant les quinze prochaines années.

L'ODD3 concerne la santé et la cible 3.8 est en faveur de la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Au niveau continental, l'Agenda 2063, défini sur la base d'une approche participative, au même titre que les ODD, constitue le nouveau cadre stratégique pour le développement durable de l'Afrique. Il a été élaboré dans le sillage du 50^{ème} anniversaire de l'Organisation de l'Union Africaine (OUA), devenue Union Africaine (UA). Il est articulé autour de sept domaines prioritaires : (i) la croissance inclusive et le développement durable ; (ii) l'intégration et l'unité ; (iii) la bonne gouvernance, la démocratie, les droits de l'homme, la justice et l'État de droit ; (iv) la paix et la sécurité ; (v) la culture et les valeurs communes ; (vi) le développement humain ; et (vii) l'Afrique en tant qu'acteur et partenaire mondial.

Ces domaines ou aspirations ont été traduits en 20 objectifs, dont la réalisation par les différents pays est mesurée par des indicateurs d'ordre économique, social et environnemental. L'agenda 2063 comporte 34 domaines prioritaires et 256 cibles. Pour assurer l'opérationnalisation de l'Agenda 2063, un premier plan d'action décennal 2014-2023 a été défini.

Le Forum régional africain pour le développement durable, réuni au Caire, du 17 au 19 mai 2016, a rappelé que le Programme 2030 charge les gouvernements africains de la responsabilité principale du suivi et de l'examen aux niveaux national, régional et mondial.

Selon l'Organisation Internationale du Travail (OIT), plus de la moitié de la population mondiale n'a pas accès à la protection sociale. Cette proportion est encore plus accentuée en Afrique. Or, la Protection Sociale constitue un droit humain, reconnu par plusieurs instruments et textes juridiques notamment la recommandation 102 et la convention 202 de l'OIT sur les Socles de Protection Sociale et les garanties élémentaires de sécurité sociale au moins à tous les membres de la société tout au long de leur vie.

Par ailleurs, le contexte sous régional est marqué par les réformes budgétaires impliquant la mise en œuvre des directives de l'UEMOA relatives au cadre harmonisé des finances publiques instaurant notamment les budgets-programmes, rendant impératif l'élaboration des lettres de politique sectorielle de développement en tant que cadre de référence à l'élaboration des stratégies de développement au sein des départements ministériels.

Le Sénégal a souscrit à plusieurs autres engagements internationaux relatifs à l'amélioration du financement de la santé :

- ◆ la Résolution de la 58^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé, qui a été adoptée à l'unanimité, recommande aux pays membres de l'OMS de développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès aux services de santé de qualité ;
- ◆ le Règlement Général de l'UEMOA, adopté lors du Conseil des Ministres, en juin 2009, vise à mettre en place une réglementation uniforme et efficace pour assurer la promotion des mutuelles sociales, dont les mutuelles de santé dans l'espace UEMOA ; En outre, dans le cadre de la réalisation de ses objectifs d'intégration régionale, six (06) directives relatives à l'amélioration et à la modernisation des instruments de gestion des finances publiques ont été adoptées. Elles ont toutes été internalisées par le Sénégal
- ◆ la résolution sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) a été adoptée lors de la 67^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations-Unies le 12 décembre 2012. Cette résolution appelle chaque État membre à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires
- ◆ La Déclaration d'Astana des 25 et 26 octobre 2018, lors du forum sur les 40 ans des Soins de Santé Primaires (SSP) engage les pays dans la voie de renforcement des SSP. Il a réaffirmé les engagements pris dans la déclaration ambitieuse et visionnaire d'Alma Ata de 1978 et dans le programme de développement durable à l'horizon 2030, pour parvenir à la santé pour tous. Ces engagements consistent à : **(i)** faire des choix politiques ambitieux pour la santé dans tous les secteurs ; **(ii)** construire des soins de santé primaires durables ; **(iii)** donner aux individus et aux communautés les moyens d'agir et ; **(iv)** aligner le soutien des parties prenantes sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux.

II.2. Contexte national

Le Sénégal a adopté un nouveau modèle de développement à travers une stratégie qui vise l'émergence dans la solidarité à l'horizon 2035. Cette stratégie, appelée « Plan Sénégal Emergent », adoptée en février 2014, constitue le référentiel de la politique économique et sociale. La vision de cette nouvelle stratégie est celle d'« Un Sénégal émergent en 2035, avec une société solidaire et dans un Etat de droit ». Il met l'accent sur une plus forte impulsion dans la création de richesses et d'emplois, le renforcement de la gouvernance, le développement des secteurs stratégiques ayant des impacts significatifs sur l'amélioration du bien-être des populations, particulièrement à travers la protection des groupes vulnérables et la garantie de l'accès aux services sociaux de base.

Ce Plan est décliné autour de trois (03) axes stratégiques : **(i)** la transformation structurelle de l'économie et la croissance ; **(ii)** le capital humain, la protection sociale et le développement durable ; et **(iii)** la gouvernance, les institutions, la paix et la sécurité.

Dans son axe « capital humain », le Plan Sénégal Emergent (PSE) traduit la volonté politique d'enclencher une dynamique d'expansion économique conduisant à une amélioration du bien-être des populations, finalité de toute action de développement.

Ce PSE est opérationnalisé par des Programmes d'Action Prioritaires (PAP), à travers la mise en cohérence des axes stratégiques, des objectifs sectoriels et des lignes d'action aux projets et programmes de développement dans un cadre budgétaire défini.

Le « Plan Sénégal Emergent » a connu un début de mise en œuvre avec un premier Plan d'Action Prioritaire (PAP) quinquennal 2014-2018.

Le contexte d'élaboration du PNDSS 2019-2028 est marqué par : **(i)** le lancement du deuxième Plan d'Action Prioritaire (PAP II) du PSE ; **(ii)** l'Acte III de la Décentralisation à travers la Loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des Collectivités Locales ; **(iii)** la volonté d'harmoniser l'organisation des districts sanitaires avec les nouvelles options de gouvernance locale par l'impulsion du projet de réforme du système de santé local (district sanitaire) ; **(iv)** l'approfondissement de la responsabilisation des acteurs locaux de la décentralisation des services de santé par l'adoption du décret 2018-35 du 05 janvier 2018 portant statuts types des Comités de Développement Sanitaire (CDS) ; **(v)** l'internalisation des six (06) directives émanant du cadre harmonisé des finances publiques de l'UEMOA relatives, à l'amélioration et à la modernisation des instruments de gestion des finances publiques et l'adoption des budgets-programmes ; **(vi)** l'élaboration de la Lettre de Politique Sectorielle de Développement (LPSD) de la Santé et de l'Action sociale couvrant la période 2016-2025, conformément au cadre de référence de l'élaboration des stratégies de développement au sein des départements ministériels et détermine ainsi la contribution du secteur à la réalisation des objectifs de développement contenus dans le PSE ; **(vii)** la réforme du financement de la santé à travers entre autres le lancement de la Couverture Maladie Universelle (CMU), la création d'une agence dédiée (ANACMU) et l'élaboration de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) ; **(viii)** le renforcement du dispositif et l'élargissement des responsabilités du secteur en matière de protection sociale ; **(ix)** l'urgence de stabiliser l'organisation du système de santé ; **(x)** l'évolution du profil épidémiologique imposant le renforcement du dispositif institutionnel avec la mise en place du Centre des Opérations d'Urgences Sanitaires (COUS) pour renforcer la surveillance des maladies à potentiel épidémique et la riposte, ainsi que la coordination multisectorielle lors des catastrophes ou désastres de portée nationale ou internationale ; **(xi)** l'évolution de l'offre publique et privée de services et de soins par l'option de densification de la carte sanitaire dans une approche multisectorielle avec le Plan d'Urgence de Développement Communautaire (PUDC) et le Plan d'Urgence de Modernisation des Axes Frontaliers (PUMA) ; et **(xii)** l'institutionnalisation du genre à travers la loi n° 2010-11 du 28 mai 2010 instaurant une parité absolue homme-femme dans les institutions totalement ou partiellement électives et la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Equité et d'égalité de Genre (SNEEG).

La figure 2 ci-dessous résume les interrelations entre les différents programmes aux niveaux international et national.

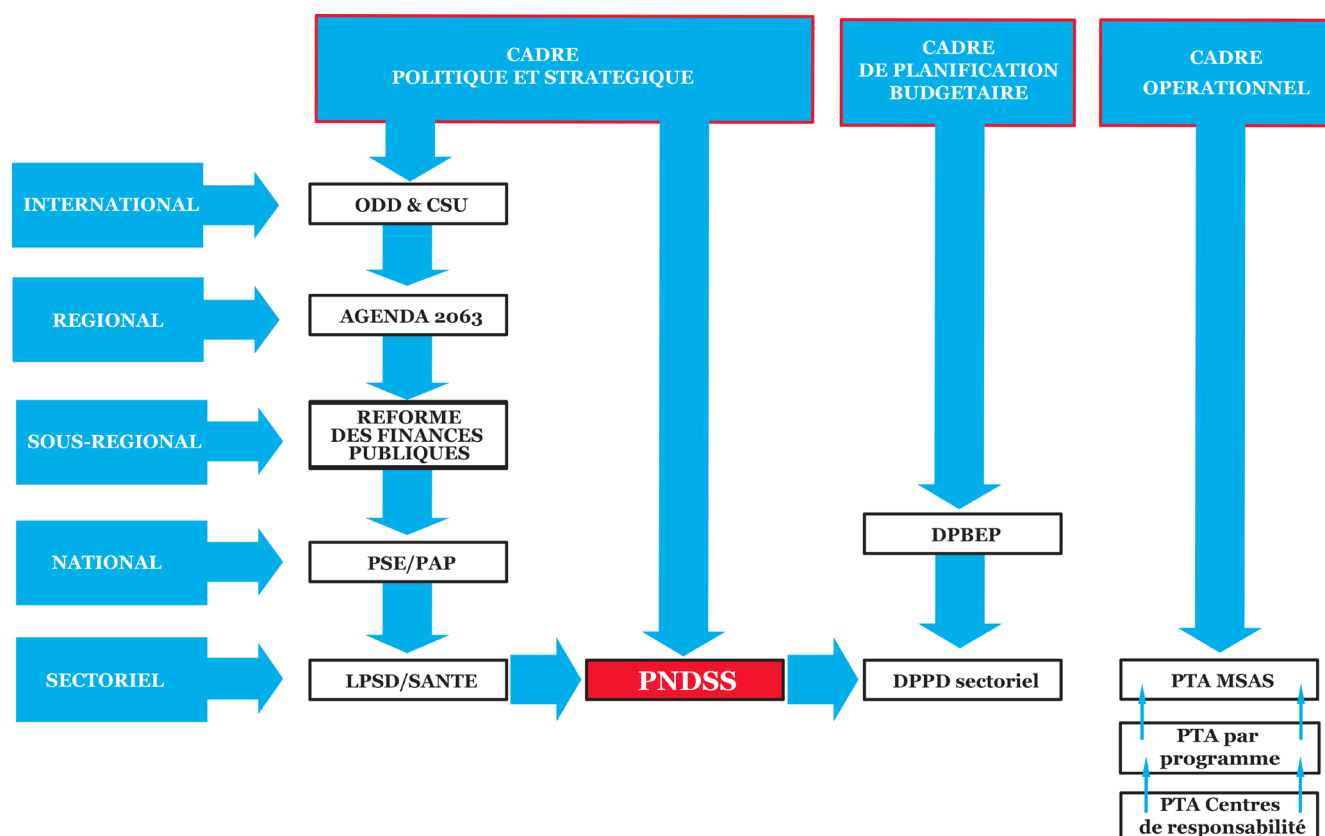


Figure 2 : Contexte national et international de planification du PNDSS






HOPITAL DE LA ANTOINE
BP : 487 - TEL: 33 991 98...

REPUBLIQUE DU SENEGAL
MINISTERE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

III ORGANISATION DU SECTEUR

HEURES DE VISITE
JOURS DOWNSHIFT 14h à 18h
MEK END 17h à 21h
JOURS FERMES 11h à 21h

HEURES DE VISITE
JOURS DOWNSHIFT 14h à 18h
MEK END 17h à 21h
JOURS FERMES 11h à 21h

ESPÉRANCE DE VIE
MILIEU 1 100 1100
1 1000 1100 1100
1100 1100 1100
1100 1100 1100

Depuis 2012, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale est constitué de deux sous-secteurs :

- ◆ le sous-secteur de la santé ;
- ◆ le sous-secteur de l'action sociale.

Cependant, d'autres intervenants contribuent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé et d'action sociale (autres départements ministériels, Collectivités Territoriales, Institutions, Agences, autres Organisations, Partenaires). Cette diversité d'acteurs devrait déterminer une approche résolutive des problèmes de santé et d'action sociale dans un cadre multisectoriel et à travers une gouvernance partagée.

III.1 Réformes dans le secteur

Dans la période 2009-2018, le secteur de la santé et de l'action sociale a initié ou adopté un certain nombre de réformes parmi lesquelles :

- ◆ la réforme organisationnelle du MSAS en 2012, qui a vu la création entre autres, de la Direction Générale de la Santé (DGS), de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) ;
- ◆ la réforme des mécanismes de financement de la santé et de l'action sociale avec l'élaboration du programme de Couverture Maladie Universelle, la création de l'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle en 2015 ;
- ◆ la mise en place de la plateforme de Renforcement du Système de Santé (RSS) ;
- ◆ l'élaboration de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (SNFS/CSU) en 2017 ;
- ◆ l'adoption des budgets-programmes et l'élaboration d'une Lettre de Politique Sectorielle de Développement (LPSD) émanant des directives du cadre harmonisé des finances publiques au sein de l'UEMOA ;
- ◆ le projet de réforme du District Sanitaire pour une meilleure articulation avec les dispositions de l'Acte III de la décentralisation ;
- ◆ l'adoption du décret 2018-35 du 05 janvier 2018 portant statuts types des Comités de Développement Sanitaire (CDS) ;
- ◆ la Loi d'orientation sociale et l'existence de décrets portant création de Commissions techniques et d'adoption du programme de Réhabilitation à Base Communautaire (RBC).

III.2 Pyramide socio-sanitaire

L'organisation du secteur socio-sanitaire est de type pyramidal, adossée au découpage administratif du pays. Elle comprend :

- ◆ un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés, les Centres Nationaux de Réinsertion Sociale et les Etablissements Publics de Santé de niveau 3 ;
- ◆ un niveau intermédiaire stratégique qui regroupe les Régions Médicales, les Brigades Régionales de l'Hygiène (BRH), les Services Régionaux de l'Action Sociale (SRAS) et les Etablissements Publics de Santé de niveau 2 ;
- ◆ un niveau périphérique opérationnel avec les Districts Sanitaires, les Sous – Brigades de l'Hygiène, les Services Départementaux de l'Action Sociale, les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS) et les Etablissements Publics de Santé de niveau 1.

La figure 3 ci-dessous montre l'organisation du système de santé sénégalais.



III.2.1 Offre publique de services de soins

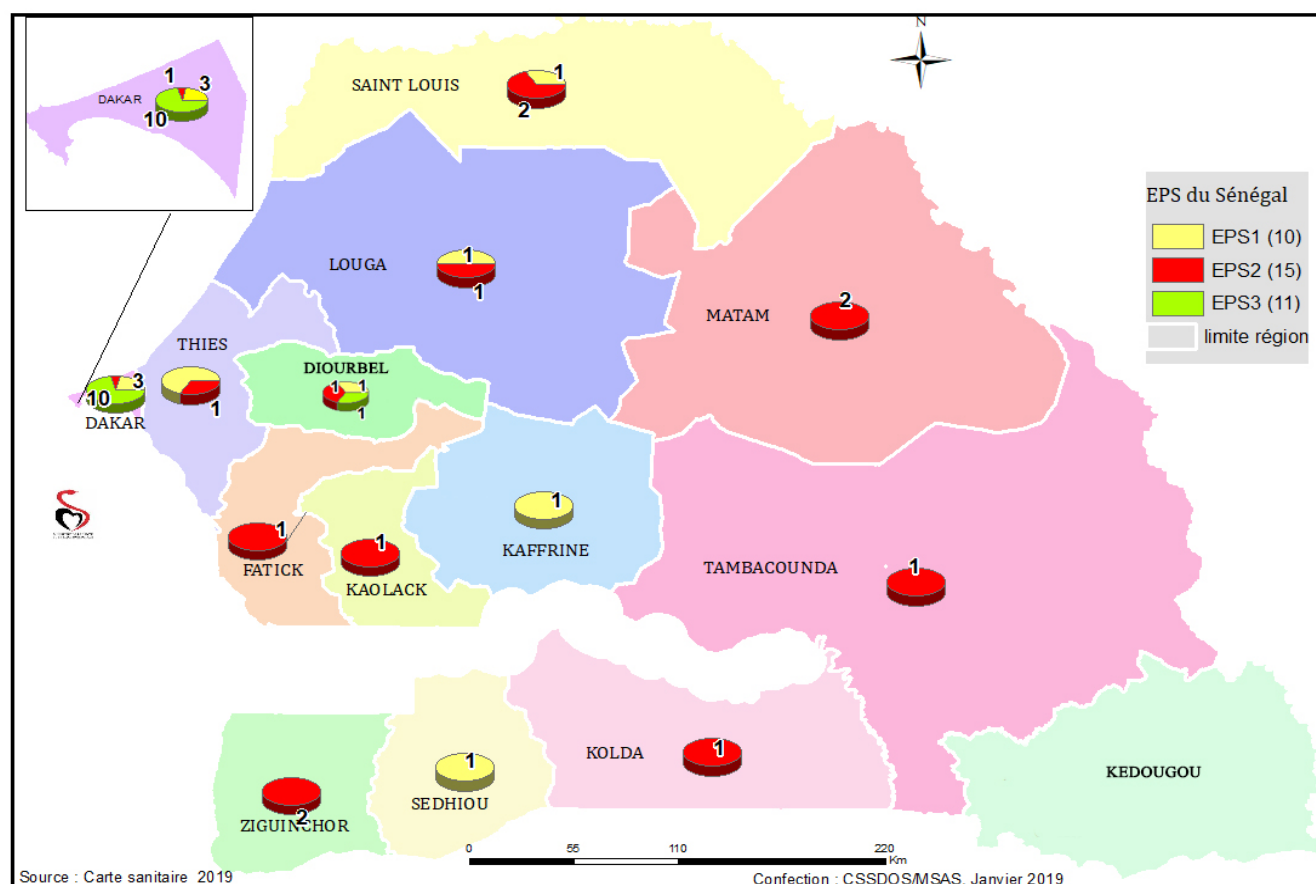
Cette offre compte plusieurs types de structures.

1. Les Etablissements Publics de Santé (EPS)

Ils sont au nombre de quarante (40) dont 36 hospitaliers et 04 non hospitaliers.

Les EPS hospitaliers sont structurés en trois niveaux : **(i)** les EPS de Niveau 1 au nombre de 10 ; **(ii)** les EPS de Niveau 2 au nombre de 15, et **(iii)** les EPS de Niveau 3 au nombre de 11. Toutefois, quatre (04) nouveaux EPS hospitaliers, sont en cours de construction dans les régions de Diourbel (EPS3), de Kédougou (EPS2), de Sédhiou (EPS2) et de Kaffrine (EPS2).

La carte ci-dessous indique la répartition des Etablissements Publics de Santé hospitaliers.



Carte 2 : Carte de distribution des Etablissements publics de santé hospitaliers selon les niveaux par région au Sénégal en 2018 (Source CSSDOS 2018)

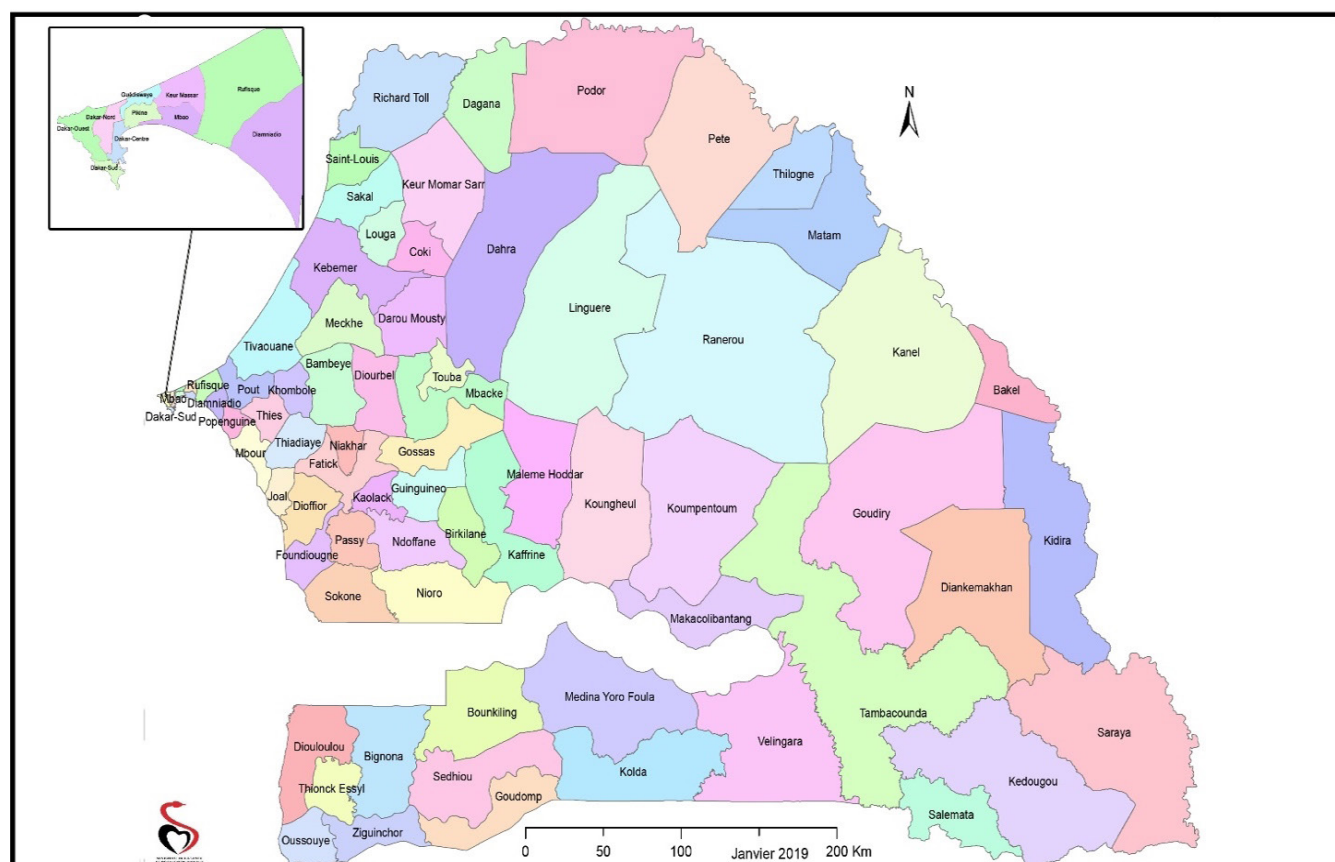
Les EPS non hospitaliers sont : **(i)** le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ; **(ii)** le Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) ; **(iii)** le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) et **(iv)** la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). Cette dernière compte des services déconcentrés au niveau des régions, appelées Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), au nombre de onze (11), permettant ainsi de rapprocher le médicament des Points de Prestations de Service (PPS).

2. Les Districts Sanitaires

Le Sénégal est divisé en 77 districts sanitaires comprenant :

- ◆ 102 centres de santé ;
- ◆ 1 415 postes de santé incluant 2 676 cases de santé en 2018.

La carte n°3 indique la répartition des districts sanitaires dans le pays.



Carte 3 : Carte de répartition des Districts Sanitaires au Sénégal en 2018

3. Les structures d'hygiène

Les structures d'hygiène sont constituées de : **(i)** 14 Brigades Régionales de l'Hygiène (BRH) qui épousent les contours territoriaux des Régions ; **(ii)** 02 Brigades Spéciales de l'Hygiène (BSH) à Touba et Tivaouane ; **(iii)** 61 Sous-Brigades de l'Hygiène (SBH) logées au sein des Districts Sanitaires et ; **(iv)** 12 Postes d'Hygiène.

Tous les districts sanitaires ne disposent pas de Sous-brigades d'hygiène (sur les 77 districts sanitaires, 16 n'en disposent pas).

4. Les structures de l'Action Sociale

Dans le sous-secteur de l'action sociale, cette offre est composée de : **(i)** quatre (04) Centres Nationaux de Réinsertion Sociale (CNRS) localisés dans les régions de Diourbel (Bambey), de Louga (Darou Mousty), Kaolack (Kaolack) et Ziguinchor (Bignona) ; **(ii)** 14 Services Régionaux de l'Action sociale (SRAS) ; **(iii)** 45 Services Départementaux de l'Action sociale (SDAS) ; **(iv)** 49 Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS).

L'offre de proximité et communautaire est assurée par des intervenants de première ligne au sein des CPRS, des Postes de Santé et des Cases de Santé.

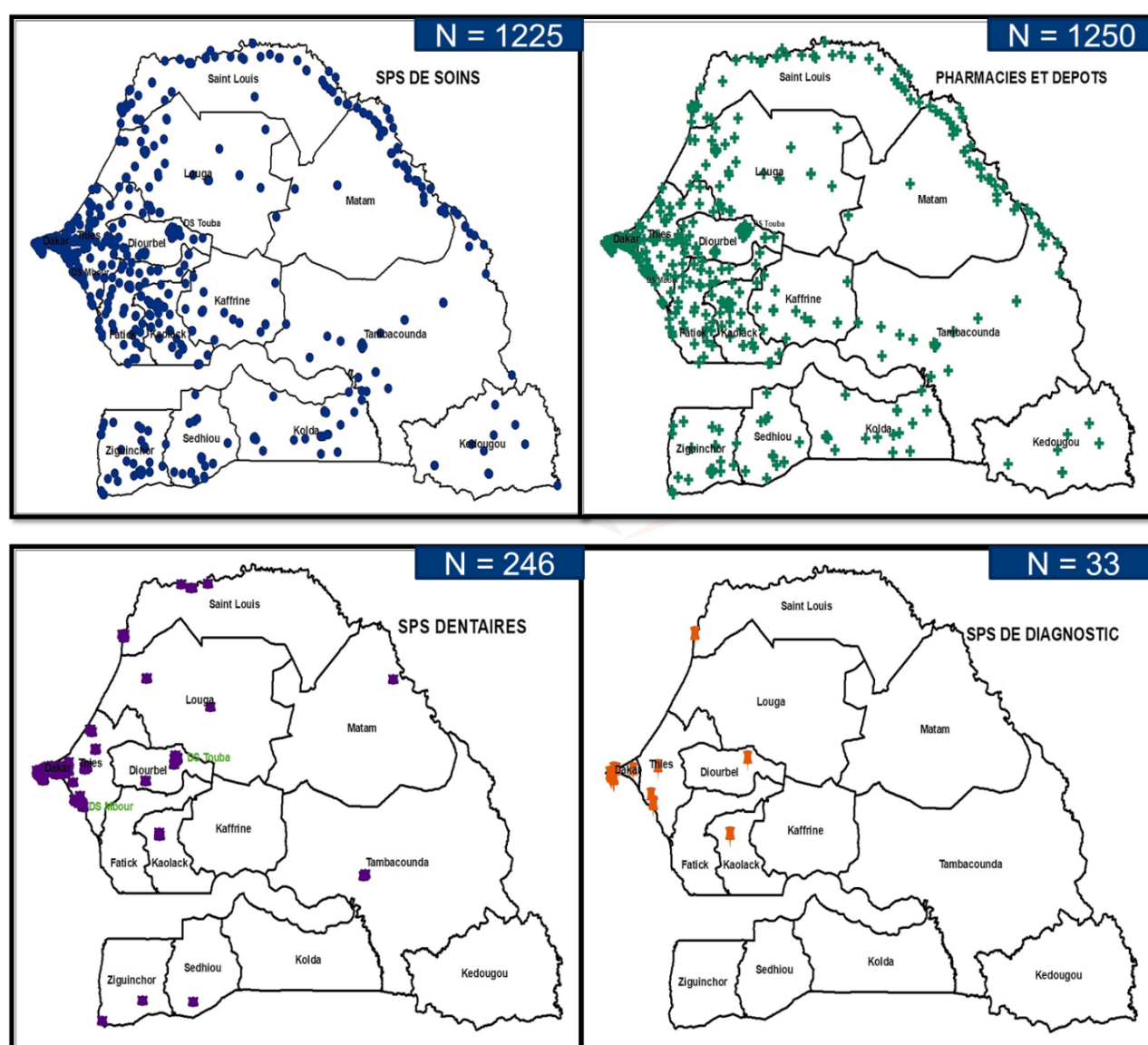
III.2.2 Offre privée de services de soins

Elle est importante. La cartographie, réalisée en 2017, comptabilise 2 754 Structures Privées Sanitaires (SPS) constituées de :


- ◆ 1 225 SPS de soins dont 03 hôpitaux, 37 centres de santé, 359 cabinets médicaux, 118 cliniques, 443 cabinets paramédicaux, 132 structures d'entreprise, 111 postes de santé privés ;
- ◆ 246 SPS dentaires dont 207 cabinets dentaires ;
- ◆ 33 SPS de diagnostic dont 26 laboratoires d'analyse biomédicale, 07 centres de radiologie et d'imagerie médicale ;
- ◆ 1 250 SPS pharmaceutiques dont 1 063 officines privées et 187 dépôts de médicaments.

A Dakar, l'offre de service médicale privée fait 6 fois l'offre publique.

La carte n°4 suivante donne les SPS par type selon les Régions.



Carte 4 : Carte des Structures privées de Soins par région et selon le type en 2017 (Source Cartographie 2017)

A photograph of a hospital hallway. The ceiling is pink, and the walls are white with some posters. There are several people in the hallway, some wearing colorful traditional clothing. A text overlay is centered in the image.

IV SITUATION SOCIO-SANITAIRE

IV.1 État de santé de la population

L'état de santé de la population sénégalaise est marqué par : **(i)** des taux encore élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile ; **(ii)** une persistance du fardeau des maladies transmissibles, malgré des progrès significatifs depuis plusieurs décennies ; et, **(iii)** un accroissement rapide du fardeau des Maladies Non Transmissibles, qui pour la plupart sont des maladies chroniques à soins coûteux.

IV.1.1 Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes

Le gouvernement du Sénégal a fait de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent/jeune, une priorité. A ce titre, un plan stratégique intégré SRMNIA, un dossier d'investissement pour l'amélioration de la Santé Maternelle et Infantile (SMI) et un Plan d'urgence de la santé de la mère et du nouveau-né ont été élaborés. Ci-après, l'analyse des déterminants de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes, est faite par composante.

1. Mortalité maternelle

Le ratio de mortalité maternelle, même s'il est encore élevé, a continuellement chuté selon les EDS. Il est passé de 850 pour 100 000 naissances vivantes dans les années 86 - 87, à 501 pour 100 000 NV en 1997, 315 pour 100 000 NV en 2015, et 236 pour 100 000 NV en 2017 (compte à rebours SNU). Toutefois, malgré les résultats encourageants pour le Sénégal, ils n'ont pas permis d'atteindre l'OMD5 en 2015 où la cible était de 122 pour 100 000 NV et la cible pays 200.

La figure 4 indique les tendances de la mortalité maternelle au Sénégal entre 1997 et 2017.

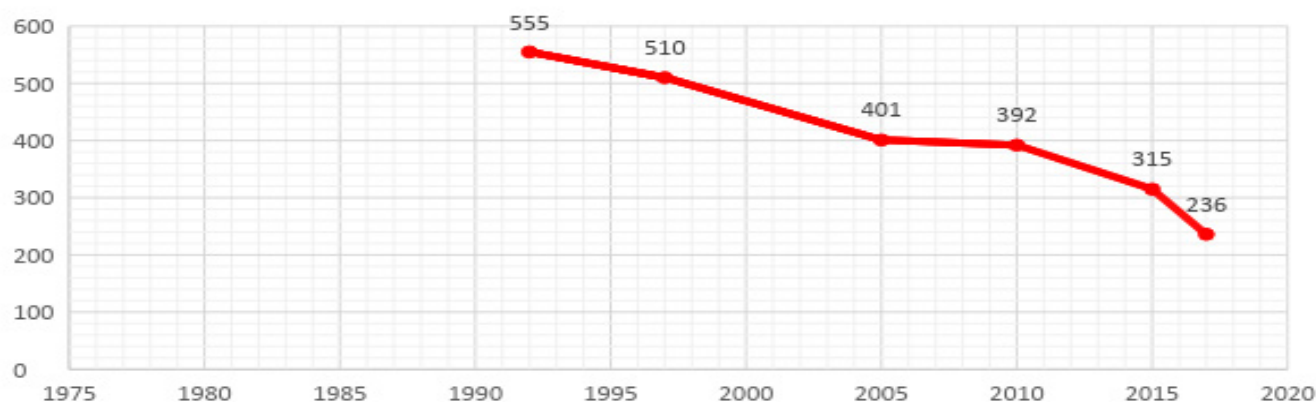


Figure 4 : Tendances de la mortalité maternelle au Sénégal entre 1997 et 2017 (Source EDS / Compte à rebours SNU 2018)

Ces tendances favorables cachent des disparités selon le milieu rural ou urbain et les régions. Les causes de mortalité maternelle demeurent principalement de deux (02) ordres : **(i)** les causes directes que sont les hémorragies, les maladies hypertensives, les dystocies, les septicémies, les avortements à risque et autres causes directes ; et, **(ii)** les causes indirectes que sont l'anémie, le paludisme, le VIH/SIDA.

L'évolution des performances en matière de mortalité maternelle est à rapprocher de celle de l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) et de la prévalence contraceptive. L'indice de fécondité est passé de 5,7 enfants par femme en 1997 (EDS, 1997), à 4,6 enfants par femme en 2017 (EDS-C, 2017), tandis que, le Taux de Prévalence Contraceptive (TPC) est passé de 8% en 1997 à 26,3% en 2017 (EDS-C) soit 3 fois plus en 20 ans.

2. Mortalité néonatale

Le taux de mortalité néonatale a connu une baisse entre 1997 et 2017, passant respectivement de 37‰ à 28‰. Cette mortalité est plus élevée en milieu rural (26‰) qu'en milieu urbain (20‰). Il est variable selon les régions. Selon l'EDS-Continue 2017, les quotients de mortalité néonatale les plus élevés, sont enregistrés dans les régions de Kaolack (36‰), Sédhiou (35‰), Matam (33‰), Louga (33‰) et Diourbel (31‰). Les régions de Kolda et Dakar ont les quotients de mortalité néonatale les plus faibles, avec respectivement 23‰ et 22‰.

Les principales causes de mortalité néonatale au Sénégal sont constituées par la prématurité, les asphyxies, les septicémies, les anomalies congénitales et la pneumonie.

3. Mortalité infantile

Globalement, la mortalité infantile a connu une forte baisse au Sénégal entre 1997 et 2017. Elle est passée de 68‰ en 1997 à 42‰ en 2017. Toutefois, d'importantes disparités existent selon le milieu de résidence urbain (36‰) ou rural (45‰). Selon les régions, Dakar a le taux le plus bas (27‰) et Matam le plus élevé (55‰). Les régions de Diourbel (52‰), Tambacounda (49‰), Louga (48‰), Kaolack (47‰) et Kaffrine (47‰) enregistrent aussi des niveaux de mortalité infantile élevés.

4. Mortalité infanto-juvénile

Le taux de mortalité infanto-juvénile a connu une forte baisse au Sénégal, avec une réduction allant de 139‰ en 1997 à 56‰ en 2017 (soit une réduction de 60% en l'espace de 20 ans) même si l'objectif national de 44‰ attendu en 2015 n'a pas été atteint.

La figure 5 donne les tendances de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Sénégal.

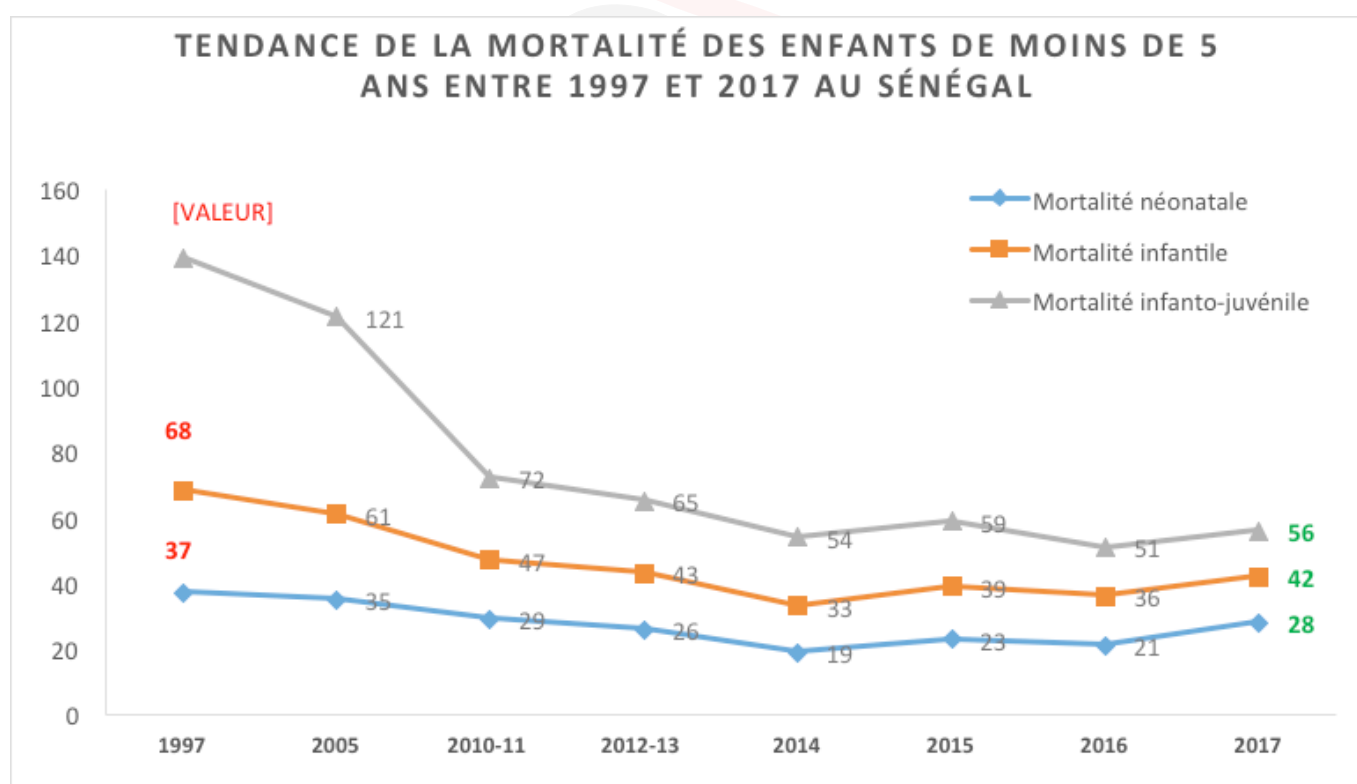


Figure 5 : Tendances de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1997 et 2017 au Sénégal (Source EDS 2017)

La plus forte baisse a été enregistrée sur la période 2005-2010/2011, pendant laquelle le quotient de mortalité est passé de 121‰ à 72‰. Cette mortalité, à l’instar des autres est plus importante en milieu rural (19‰) qu’en milieu urbain (7‰). Globalement, le risque de décès varie de 63‰ en milieu rural, contre 43‰ en milieu urbain. Ces disparités sont liées, en partie, aux différences dans la prise en charge de la grossesse, notamment dans le suivi prénatal et les conditions d’accouchement, mais aussi, d’autres facteurs tels que l’état nutritionnel, la santé des mères et des enfants.

Il existe aussi des disparités régionales avec une mortalité très élevée dans certaines régions comme Kolda (89‰), Tambacounda (80‰), Sédhiou (78‰) et Kédougou (74‰).

Les principales causes de mortalité infanto-juvénile sont les affections néonatales qui sont responsables de 37% des décès d’enfants de moins de cinq ans, suivies du paludisme (14%), de la pneumonie (12%), de la diarrhée (8%), des blessures (4%), du VIH (2%) et toutes autres causes confondues (23%).

La malnutrition est associée au tiers des décès des enfants de moins de cinq ans. La prévalence de la malnutrition aigüe était de 9% en 2017, celle chronique de 17%. L’anémie a une forte prévalence, avec 71% des enfants de moins de cinq ans qui sont touchés, dont 3% de forme sévère (EDS 2017).

L’Allaitement Maternel Exclusif (AME), déterminant de premier ordre, a connu une amélioration entre 2010-2011 et 2017, passant de 39% à 42%.

La couverture vaccinale a été renforcée. Ainsi, 75% des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés en 2017. Le nombre de vaccins est passé de sept à douze antigènes chez l’enfant de moins de cinq ans entre la mise en place du PEV et l’année 2018. L’introduction récente en Octobre 2018, de la vaccination contre le « Human Papilloma Virus » (HPV) porte à treize le nombre d’antigènes administrés dans le Programme Élargi de Vaccination (PEV).

5. Mortalité périnatale

Le taux de mortalité périnatale, qui comprend les mort-nés et les décès néonataux précoces (0-6 jours), est élevé, atteignant 41 décès pour mille grossesses de sept mois ou plus. Elle est plus importante chez les femmes de 40-49 ans (49 pour mille grossesses) que chez les femmes de 20-29 ans (35 pour mille grossesses). Elle est également plus élevée selon la durée de l’intervalle avec la naissance précédente (49 pour mille pour une naissance précédente inférieure à 15 mois contre 28 pour mille grossesses pour une naissance précédente comprise entre 27 et 38 mois). La mortalité périnatale est plus élevée en milieu rural (42‰) qu’en milieu urbain (37‰).

Les variations de la mortalité périnatale sont importantes à l’échelle régionale. Les taux les plus faibles sont observés dans la région de Kédougou (25‰), et dans une moindre mesure celle de Tambacounda (31‰). Les risques les plus élevés sont observés dans les Régions de Sédhiou (54‰), Kaolack (51‰) et Louga (49‰).

Il est montré également que la mortalité périnatale varie selon le niveau d’instruction de la mère passant de 46‰ pour une mère sans niveau d’instruction à 31‰ pour une mère ayant un niveau d’instruction primaire.

IV.1.2 Maladies transmissibles

1. Paludisme

Le fardeau national du paludisme a connu une régression de plus de 50% entre 2009 et 2017. La prévalence palustre chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est de 0,9% avec la microscopie. L'évolution de la maladie entre 2013 et 2017 se présente comme suit :

Dans la population générale

- ◆ la morbidité proportionnelle est passée de 5,40% à 3,26%
- ◆ la mortalité proportionnelle est passée de 7,50% à 1,73%

Chez les enfants de moins de 5 ans

- ◆ la morbidité proportionnelle est passée de 3,77% à 1,49%
- ◆ la mortalité proportionnelle est passée de 11,15% à 2,17%

Chez les femmes enceintes

- ◆ la morbidité proportionnelle est passée de 2,70% à 1,30%
- ◆ la mortalité proportionnelle est passée de 2,30% à 0,50%

Pour tous ces indicateurs, les taux de réduction se situent entre 40 et 80%.

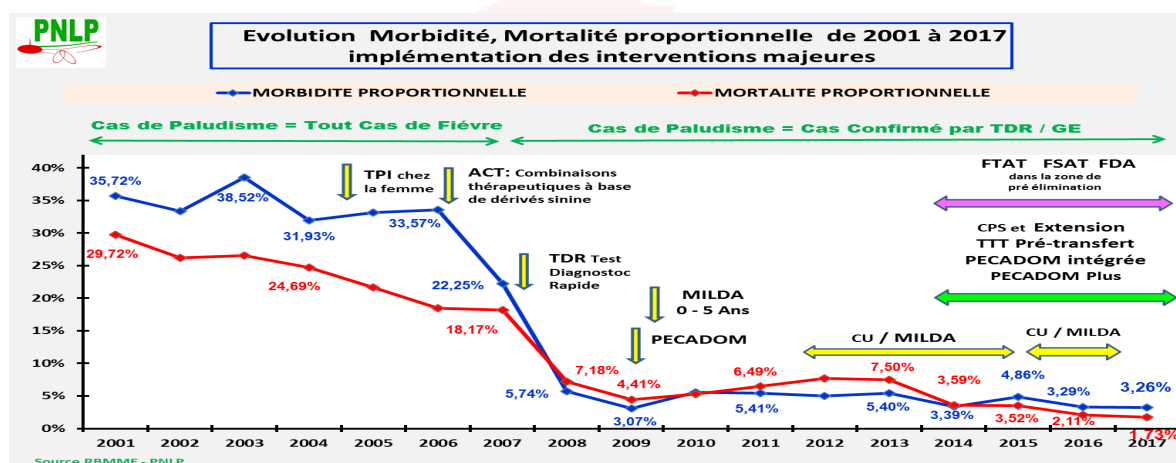


Figure 6 : Evolution de la morbidité proportionnelle de 2001 à 2017 en fonction des interventions majeures du Programme National de Lutte contre le Paludisme

Le pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée a augmenté entre 2012-2013 et 2017, passant respectivement de 73% à 84%. De même, le nombre moyen de moustiquaires par ménage est passé de 2,8 à 3,9 dans la même période ; le taux d'utilisation des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide (MII) est passé de 41% à 57% au niveau de la population générale.

2. Tuberculose

L'incidence de la tuberculose qui tournait autour de 140 cas pour 100 000 habitants jusqu'en 2016, a connu une réduction jusqu'à 122 cas pour 100 000 habitants à partir de 2017 (Rapport OMS 2018). La détection est passée de 60% en 2009 à 66% en 2017, favorisée par les interventions communautaires. Cependant, la problématique des cas manquants persiste pour impulser un terme à l'épidémie. Le taux de succès au traitement toutes formes confondues, est passé de 78% en 2009 à 88% en 2017 pour un objectif de 90%. La tuberculose pharmaco-résistante dont la prise en charge a démarré en 2010 reste un défi majeur dans la politique nationale mais le dispositif reste entièrement gratuit y compris le soutien psychosocial des malades. Sa prévalence parmi les cas ayant un antécédent de traitement (rechute, échec, reprise après abandon) a augmenté, passant de 17,9% en 2006 à 19% lors de la dernière enquête de pharmaco-résistance.

Toutefois, on note une baisse chez les nouveaux cas (2,1% à 0,9%). La prise en charge de la tuberculose pharmaco-résistante est ambulatoire et décentralisée vers les régions. Un centre de référence pour la tuberculose pharmaco-résistante est fonctionnel depuis Octobre 2013, et accueille les cas graves nécessitant une hospitalisation. Le succès au traitement des malades multi-résistants s'améliore progressivement mais la létalité est encore élevée (15%) en 2017.

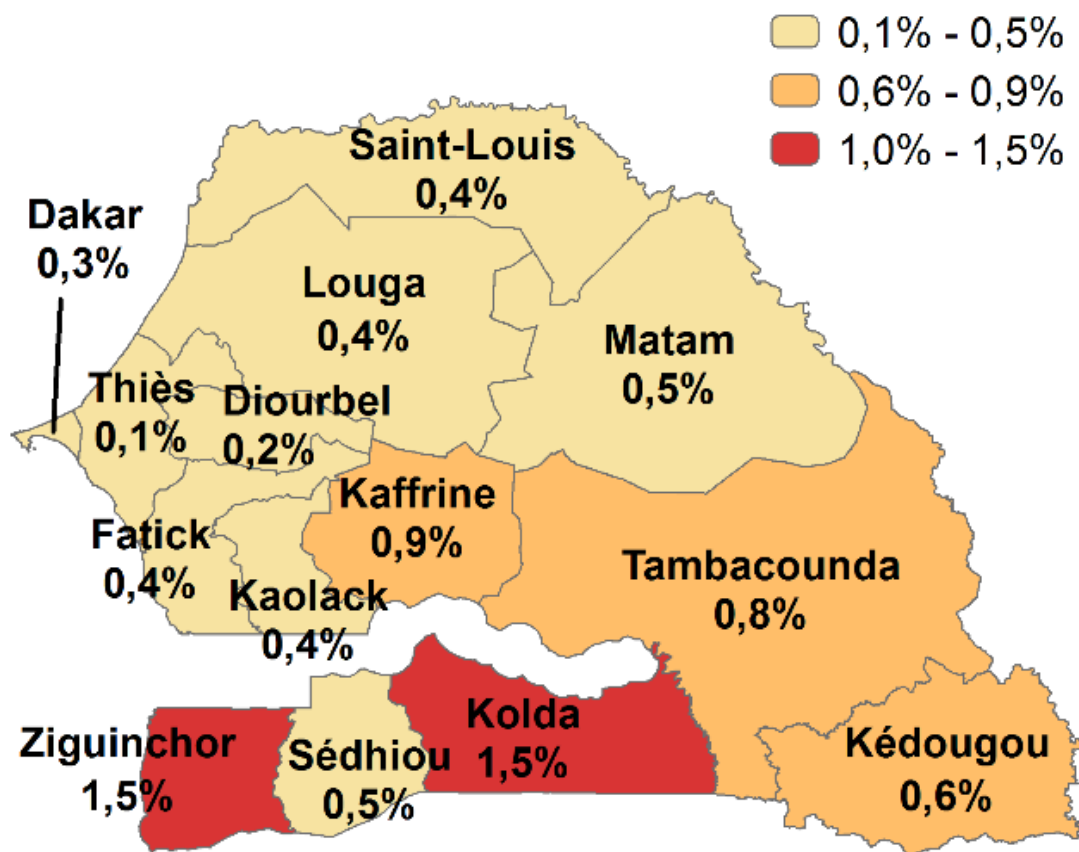
Les indicateurs de la prise en charge TB/VIH ont connu des progrès significatifs notamment la réalisation du test VIH chez les tuberculeux qui est passée de 59% en 2009 à 89% en 2017², mais demeure encore non optimale.

3. VIH/SIDA

La prévalence nationale du VIH/SIDA (chez les 15-49 ans) est passée de 0,7% en 2010-2011 à 0,5% en 2017 (EDS 2017), variant de 0,8% à 0,5% chez les femmes et, de 0,5% à 0,4% chez les hommes. Cette estimation relativement faible, cache des disparités au niveau régional, avec des prévalences nettement plus élevées que la moyenne nationale au niveau des régions de Ziguinchor (1,5%), de Kolda (1,5%) et de Kaffrine (0,9%).

La prévalence est passée de 18,5% à 6,6% en 2015 (ENSC- 2015) chez les professionnels du sexe et de 17,8% à 27,6% de 2014 à 2017³ chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

La carte suivante donne la prévalence du VIH au niveau des régions du Sénégal.



Carte 5 : Distribution de la prévalence du VIH au Sénégal par région en 2017

² (Source : Rapport OMS 2018- Enquêtes Pharmaco-résistance 2014-2015).

³ (MSM-ELiHos 2014, 2017)

4. Hépatites

Le Sénégal est une zone de forte endémicité à l'hépatite B et de faible endémicité à l'hépatite C. Des études récentes⁴ ont révélé des taux de prévalence respectifs de 8 à 9% et de 2%.

Grâce à la vaccination universelle des nouveau-nés contre l'hépatite B pratiquée depuis 1999 dans le cadre du Programme National de Lutte contre les Hépatites et l'introduction de cette vaccination dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV), la séroprévalence globale de l'antigène HBs a diminué de 17% à 9%⁵ entre 1999 et 2017.

Par contre, la séroprévalence et les facteurs de risque identifiables de l'hépatite C, sont encore mal connus. Chez les donneurs de sang et les femmes enceintes, la prévalence est faible (inférieure à 2%) ; elle est supérieure à 10% dans certaines populations à risque (utilisateurs de drogues par voie injectable, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) selon des études concordantes. La modélisation épidémiologique prédit qu'un grand nombre de sénégalais vivant avec une hépatite chronique actuellement non détectée évolueront vers une maladie hépatique majeure au cours de la prochaine décennie.

5. Maladies Tropicales Négligées (MTN)

Le Sénégal s'est inscrit dans une dynamique de contrôle et d'élimination des Maladies Tropicales Négligées (MTN). A cet effet, deux plans quinquennaux ont été mis en œuvre au courant de cette dernière décennie. La mise en œuvre des stratégies recommandées par l'OMS pour lutter contre ces maladies a permis d'obtenir des résultats satisfaisants :

- ◆ la certification de l'interruption de la transmission de la dracunculose en 2004 ;
- ◆ l'élimination de la lèpre en 1995 ;
- ◆ l'onchocercose ne constitue plus un problème de santé de publique et est en voie d'élimination ; toutes les évaluations épidémiologiques et entomologiques réalisées ces dernières années ont montré l'absence du parasite chez les vecteurs ;
- ◆ tous les districts endémiques au trachome ont terminé leur cycle de distribution de masse de médicaments en 2017 et les enquêtes d'impact réalisés montrent des taux de prévalence inférieurs à 5% ; niveau indiqué pour l'arrêt du traitement de la forme active ;
- ◆ l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des produits antirabiques (vaccins et sérums) depuis 2013 ;
- ◆ le passage à l'échelle de la Distribution de Masse de Médicaments (DMM) contre la filariose lymphatique, les bilharzioses et les géohelminthiases, a été réalisé en 2015 ;
- ◆ l'arrêt des traitements de masse pour les schistosomias (bilharzioses) dans les districts sanitaires de Foundiougne et de Thionk - Essyl.

IV.1.3 Maladies non transmissibles (MNT)

Les maladies chroniques à soins coûteux représentent 30% des dépenses nationales de santé⁶. Ces affections sont responsables de 34% des décès au Sénégal contre 28% en Afrique subsaharienne. Elles constituent un problème de santé publique du fait de la progression constante du nombre de personnes affectées.

⁴ Rapport Direction de la Lutte contre la Maladie/MSAS/Sénégal

⁵ Direction de la Lutte contre la Maladie/MSAS/Sénégal

⁶ SOURCE CNS 2013

Les données épidémiologiques varient en fonction des maladies répertoriées :

- ◆ l'enquête STEPS⁷ réalisée en 2015, a montré une prévalence nationale du diabète de 3,4%. Cette prévalence est plus élevée dans les tranches d'âge 45-59 ans et 60-69 ans où elle est respectivement de 7,9% et 11,2%. Les hommes sont plus touchés que les femmes (3,5% contre 3,2%). Le diabète est deux fois plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural avec respectivement une prévalence de 4,5% contre 2,3% ;
- ◆ la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la même enquête, est estimée à 29,8% dans la population générale. La prévalence de l'hypercholestérolémie dans la population générale est estimée à 20%, avec une fréquence plus élevée chez la femme (27,2%) que chez l'homme (12,3%) ;
- ◆ la prévalence du cancer au Sénégal n'est pas connue du fait de l'arrêt du fonctionnement du registre du cancer. Les données préliminaires du registre du cancer, mis en place dans dix hôpitaux de Dakar depuis 2010, font état 1 697 cas de cancer enregistrés. Cet enregistrement des cancers, a montré que les principaux organes touchés chez l'adulte sont le sein, le col de l'utérus, le pharynx, le foie et la prostate. La répartition en fonction du sexe révèle également une prédominance féminine. Le pourcentage des femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont déjà eu un examen pour le dépistage du cancer du col utérin est de 10,9%⁸.

Pour les MNT, beaucoup de facteurs de risque ont été identifiés, dont : **(i)** la surcharge pondérale des adultes dont le pourcentage est de 22,1% ; **(ii)** le tabagisme dont le pourcentage des adultes fumeurs est de 6,7% ; **(iii)** la non pratique d'une activité physique régulière dont le pourcentage chez les adultes est de 14,1% ; et **(iv)** l'insuffisance des structures spécialisées de prise en charge des troubles de santé mentale exclusivement concentrées dans 7 des 14 régions du Sénégal, et principalement à Dakar et sa banlieue.

Par ailleurs, dans le domaine de la santé buccodentaire, les données de l'enquête STEPS de 2015, indiquent une prévalence de la carie à 76,3%, un indice CAO (Carie Absente Obturée) moyen à 5,5 et une proportion de 62,2% de la population sénégalaise qui n'utilise pas les services de santé buccodentaire. Au plan de la couverture géographique, 11% des 77 districts sanitaires ne sont pas encore équipés en cabinet dentaire.

Les indicateurs de la cataracte ont été considérablement améliorés entre 2000 et 2016.

Tableau II : Évolution des indicateurs de la cataracte entre 2000 et 2016 au Sénégal

Indicateurs	2000	2004	2008	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de chirurgie de la cataracte (par million d'habitants)	537	615	842	889	919	945	967	1 051
Taux de couverture de la chirurgie de la cataracte (%)	17,31	19,82	27,17	28,58	29,65	30,83	31,18	33,88
Taux d'implantation (%)	26	70	90	97	97	97	97	97

Source : Rapport PNPSO

⁷ L'enquête STEPS réalisée en 2015

⁸ Registre du cancer, année

IV.1.4 Santé Mentale

Le Sénégal a une longue tradition d'hôpitaux psychiatriques de qualité. L'hôpital de Fann est un des pionniers dans la formation des psychiatres en Afrique de l'Ouest. Plusieurs stratégies communautaires de gestion des maladies mentales ont été expérimentées telles que les villages psychiatriques dont celui de Botou à Tambacounda.

Le Sénégal s'est lancé dans un vaste projet de développement de la santé communautaire intégrant la santé mentale en réponse à la demande de l'OMS à nos pays pour la mise en place de dispositifs institutionnels et sociaux capables d'aider à la conservation de la santé mentale des populations.

Les principaux services de psychiatrie au Sénégal sont situés dans les grandes villes. Mais plusieurs services sociaux périphériques travaillent dans l'assistance physique et mentale des handicapés, dans l'accompagnement des usagers de drogues et dans la lutte contre les violences. La politique de décentralisation des soins psychiatriques qui est en cours, s'appuie principalement sur le niveau communautaire.

Certes, beaucoup de réalisations ont été enregistrées mais des défis persistent notamment :

- ◆ la mise en place d'un cadre politique national permettant le dialogue entre les différentes parties prenantes autour de la Santé Mentale dans une approche multisectorielle et pluridisciplinaire ;
- ◆ la mise en place du programme de Santé Mentale au niveau du MSAS conformément aux directives du Plan d'action Mondial de la Santé Mentale ;
- ◆ la lutte contre l'errance des malades mentaux ;
- ◆ l'intégration des soins psychiatriques dans les soins de santé primaires ;
- ◆ la mobilisation de partenaires autour du financement de la Santé Mentale.

IV.1.5 Hygiène et assainissement

La situation de l'hygiène individuelle et collective au niveau de nos villes et villages demeure précaire malgré les efforts consentis dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Dans ce sous-secteur, il est admis que sans toilettes, les sources d'eau sont contaminées.

Il convient de rappeler que la diarrhée, la pneumonie et les complications à la naissance sont les trois principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans le monde entier.

IV.1.6 Santé-environnement :

Au plan de la santé environnementale, des préoccupations majeures sont notées :

- ◆ 60% des écosystèmes vitaux de la planète sont déjà détériorés ou sont soumis à des pressions excessives, alors qu'ils assurent le maintien de la qualité de l'air, des sols et des ressources en eau ;
- ◆ plus de 23 % des décès en Afrique, soit plus de 2,4 millions de décès par an, sont imputables à des facteurs de risque évitables liés à la détérioration de l'environnement, avec des effets particuliers sur les couches les plus pauvres et les plus vulnérables, notamment les enfants, les femmes, les incapacités, les réfugiés ou personnes déplacées, et les personnes âgées ;
- ◆ exposition de plus en plus des pays africains aux catastrophes naturelles liées aux changements climatiques ;
- ◆ non mise en œuvre de la convention de Bamako sur les Déchets dangereux, adoptée en 1991.

Le Sénégal a affirmé son engagement à mettre en œuvre les 11 actions prioritaires de la déclaration de Libreville 2008, qui visent à établir une plateforme efficace pour traiter les impacts environnementaux sur la santé.

Cette déclaration qui fournit un cadre cohérent et intégré pour traiter des liens entre la santé humaine et l'environnement sur le continent a comme objectifs clés de : **(i)** démontrer l'importance de la reconnaissance des liens entre l'environnement et la santé humaine pour parvenir à un développement durable ; **(ii)** promouvoir une approche intégrée de l'élaboration des politiques dans les secteurs de la santé et de l'environnement qui valorise les services que les écosystèmes fournissent à la santé humaine ; **(iii)** s'accorder sur les actions spécifiques à mener pour tirer parti des changements nécessaires dans les dispositions institutionnelles et les cadres d'investissement afin d'atténuer les menaces environnementales pour la santé humaine.

Par la même déclaration, le Sénégal a réaffirmé son engagement à mettre en œuvre toutes les déclarations et conventions internationales sur les liens entre la santé et l'environnement.

IV.1.7 Traumatismes, Violences et Maltraitance des enfants

Au Sénégal, 7% des décès chez les enfants de moins de 15 ans sont dus à des traumatismes (accidents domestiques, accidents de la route, etc.). Les données disponibles ne permettent pas de distinguer les traumatismes liés à la maltraitance.

La maltraitance des enfants renvoie aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants.

L'ampleur et la nature du phénomène de la maltraitance / violence faite aux enfants reste encore méconnue au Sénégal. Les données disponibles sont éparpillées et limitées mais informent de la forte exposition des enfants, en particulier les filles à la violence. Ainsi, en 2015, dans la région de Dakar, dans la sphère domestique, 73,7% des enfants âgés de moins de 15 ans ont été soumis à au moins une forme de punition psychologique ou physique par des membres du ménage. Par ailleurs, 23,9% ont subi des violences physiques. A l'école, les données disponibles indiquent l'importance des abus et violences sexuelles subies par les filles. Une proportion de 37% des élèves filles dans 4 régions ont rapporté être victimes d'harcèlement sexuel et 13% de viols.

La pratique de l'excision, qui est aussi une des formes de violence, a des répercussions notamment en matière de santé de la reproduction pour la femme. En dépit des efforts menés ces dernières années, 14% des filles de moins de 15 ans au Sénégal ont été excisées (EDS 2017). Ce taux national cache de grandes disparités selon les régions. En effet, la proportion de filles de moins de 15 ans victime de la pratique est de 61% à Matam, 45% à Kédougou, 44% à Tambacounda, 43% à Sédhiou, 4% à Dakar, 1% à Thiès, moins de 1% à Diourbel (EDS 2017).

IV.2 Situation de la pauvreté et du handicap

Dans sa mission, le MSAS cible également les groupes sociaux défavorisés, les personnes handicapées, les personnes âgées et les inadaptés sociaux⁹.

Classé 162^{ième} sur 205 pays, avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,494, le Sénégal figure parmi les pays les plus « à développement humain faible »¹⁰. Le taux de pauvreté était estimé à 46,7% au Sénégal en 2011. Le nombre absolu de pauvres n'a cessé de croître, atteignant 6,3 millions, toujours en 2011¹¹.

La plupart des ménages sénégalais se déclarent pauvres (56,5%), ou très pauvres (45,7%)¹². La même source fait observer que la perception du bien-être est nettement meilleure en milieu urbain, en particulier à Dakar, qu'en milieu rural. En ce qui concerne leurs conditions de vie, 71,2% des ménages trouvent leurs conditions de vie moyennes.

Pour 28,5% des ménages, les revenus sont jugés insuffisants, et ne permettent pas de faire face aux dépenses.

Quant au handicap, il concerne « toutes les personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut porter atteinte à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité ». Il s'agit de personnes qui risquent, plus que la population générale, de subir les effets de la pauvreté et de la maladie.

En 2013, la prévalence du handicap au niveau de la population sénégalaise âgée de plus d'un an, était estimée à 5,9% ; cette prévalence était plus élevée chez les femmes (6,2%) que chez les hommes (5,6%) ; elle est également légèrement plus élevée en milieu rural (6,0%) qu'en milieu urbain (5,8%).

Dans l'ensemble, la prévalence du handicap est plus élevée chez les personnes du 3^{ième} âge, les chômeurs et les autres personnes inactives.

⁹ Mission de la DGAS. <http://www.sante.gouv.sn/les-directions/la-direction-g%C3%A9n%C3%A9rale-de-l%E2%80%99action-sociale-o>

¹⁰ PNUD. Rapport sur le Développement Humain 2016 ; le développement humain pour tous.

¹¹ Stratégie nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle, 2017.

¹² ANSD. Pauvreté et conditions de vie des ménages, 2015.



A close-up photograph of a woman with a red headscarf featuring a white and yellow geometric pattern. She is looking down at a baby she is holding. The baby is wearing a pink long-sleeved shirt and a white headband, and is looking up at the woman. The background is a blurred, light-colored wall.

**V FORCES, FAIBLESSES
ET DEFIS DU SYSTEME
NATIONAL DE SANTE**

L'analyse du secteur de la santé et de l'action sociale a été faite de façon participative et inclusive, selon une méthodologie précise qui a permis de déterminer les forces et les faiblesses du système de santé sénégalais, et d'identifier des défis majeurs.

Les déterminants étudiés sont en lien direct avec les axes de la Couverture Sanitaire Universelle à savoir : **(i)** la Gouvernance et le financement ; **(ii)** l'offre de soins et **(iii)** la protection sociale.

Les résultats de cette analyse figurent ci-après :

V.1 Gouvernance et leadership

V.1.1. Pilotage et coordination du secteur

Conformément aux orientations du PNDS 2009-2018, la Direction en charge de la Planification, de la Recherche, et des Statistiques (DPRS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) ont été créées en 2012. Le rattachement de l'action sociale au Ministère de la Santé en 2012 a conduit à la création de la Direction Générale de l'Action sociale.

Pour les besoins de régulation du secteur, un certain nombre d'initiatives a été pris ; entre autres : **(i)** la réforme des comités de santé et comités de gestion qui a conduit à la création des Comités de Développement Sanitaire (CDS) ; **(ii)** l'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire 2019-2023. Cependant la mise en cohérence du cadre législatif implique la conduite ou la finalisation d'autres réformes telles que : **(i)** le décret portant organisation du MSAS ; **(ii)** la réforme du système de santé local (district) en cohérence avec l'acte III de la décentralisation ; **(iii)** l'élaboration du Code de la santé publique ; **(iv)** la révision du Code de l'hygiène ; **(v)** l'adoption de la loi relative à la CMU et, **(vi)** la continuité de la transposition des textes communautaires.

Les instances de coordination du PNDS se tiennent régulièrement au niveau central et opérationnel (régions et districts sanitaires). Par contre, les cadres d'animation de la Multisectorialité (Conseil Supérieur de la Multisectorialité, Comités régional et départemental multisectoriels) peinent à être mis en place ou à être fonctionnels.

En outre, les comités de pilotage des programmes sectoriels d'appui au développement fonctionnent de façon irrégulière et peu efficace, sans que leurs conclusions n'alimentent réellement les revues sectorielles nationales. Le cadre unique et harmonisé des interventions du secteur de la santé (Compact) mis en place pour une plus grande efficacité de l'aide publique au développement n'a pas été évalué ni mis à jour.

Au total, l'existence de ces diverses instances de dialogue, de coordination et d'harmonisation de la mise en œuvre du PNDS, pourrait être soutenue par la mise en place formelle d'un comité de pilotage du PNDSS. Celui-ci servirait alors d'interface multisectorielle de réflexion et de décision sur la politique de santé et la mise en œuvre du PNDSS.

V.1.2. Planification, Suivi et Évaluation et Recherche

Conformément aux exigences des réformes des finances publiques de l'UEMOA, le MSAS dispose de documents de référence en matière de planification : la LPSD, le PNDSS, le DPPD, et le PTA. Ces documents sont bien articulés entre eux.

La majorité des centres de responsabilité du MSAS élaborent régulièrement leurs PTA. En effet, il est à noter qu'en 2017, 100% des Districts Sanitaires, 92% des EPS, 92% des Régions Médicales et 82% des services centraux ont élaboré leur PTA¹³. Toutefois, il convient de souligner que les PTA souffrent parfois d'insuffisance de qualité et ne font pas l'objet d'arbitrage budgétaire. Souvent à l'arrivée, les budgets proposés à travers les PTA sont généralement élevés, sans commune mesure avec les possibilités de mobilisation des ressources. Donc, les PTA ne constituent pas souvent la base du projet de budget du Ministère en charge de la Santé.

¹³ Rapport de performance 2017

Une faible participation des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) lors de l'élaboration des PTA des centres de responsabilité a été constatée. A cela, s'ajoutent les difficultés liées aux différences des cycles de planification des PTF.

L'« ePTA » a été mis en ligne, mais l'expérience de digitalisation du système de planification n'a pas été concluante.

Ceux-ci constituent autant de défis à relever pour s'orienter vers une véritable gestion axée sur les résultats.

Pour un meilleur encadrement de la recherche, la loi 2009-17 du 09 mars 2009 portant Code d'éthique pour la recherche en santé a été adoptée, ainsi qu'un cadre de mesure de la performance. Néanmoins, le MSAS reste marqué par une faible capacité de recherche et une insuffisance dans la diffusion et la capitalisation des résultats.

V.1.3 Financement du secteur

Dans le cadre de l'amélioration de la gouvernance, le MSAS a inscrit la dimension « Financement » au cœur de sa stratégie de développement.

Le budget de l'Etat consacré au secteur de la Santé et de l'Action sociale a connu une augmentation progressive passant entre 2012 et 2017 de 110 505 288 086 FCFA à 163 522 351 000 FCFA, soit une augmentation de 53 017 062 914 FCFA en valeur absolue et 47,97% en valeur relative. Le tableau suivant donne l'évolution du budget selon les rubriques de dépenses.

Tableau III : Évolution du budget du MSAS de 2012 à 2017 selon les différentes rubriques de dépense (Source DAGE)

Type de dépense	Années					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dépenses de personnel	36 532 629 086	35 388 243 500	35 879 390 760	35 583 860 980	35 218 972 660	36 174 009 000
Dépenses de fonctionnement	10 125 322 000	10 235 685 000	10 325 170 000	7 515 597 000	8 000 597 000	7 675 537 000
Transfert courant	24 902 337 000	27 556 245 000	28 756 245 000	34 123 245 000	37 823 245 000	39 265 805 000
Investissements exécuté par l'état	36 086 000 000	36 750 000 000	39 465 659 000	46 750 000 000	62 272 000 000	71 142 000 000
Transferts en capital	2 859 000 000	13 762 000 000	12 669 000 000	10 194 000 000	6 775 000 000	9 265 000 000
Total	110 505 288 086	123 692 173 500	127 095 464 760	134 566 702 980	150 089 814 660	163 522 351 000

La mobilisation du budget de l'État obéit aux procédures des phases classiques d'Engagement, de Liquidation, d'Ordonnancement et de Paiement.

L'analyse situationnelle du financement du secteur révèle beaucoup de points à améliorer dont :

- ◆ l'absence de stratégies communes et inclusives sur les déterminants liés au système de santé qui limite les efforts visant à rationaliser les dépenses de santé ;
- ◆ la fragmentation des régimes d'assurance du risque maladie et d'assistance médicale ;
- ◆ la faiblesse de la couverture assurancielle de la population (moins de 50% de la population est couverte par un système formel d'assurance maladie) ;
- ◆ la faible part du budget de la santé (8% du budget national) qui reste en deçà de la norme de 15% visée ;
- ◆ l'insuffisance de l'exécution du budget d'investissement qui atteint rarement les 70% contrairement au budget de fonctionnement qui dépasse régulièrement les 90% ;
- ◆ la faible contribution des collectivités territoriales dans le financement de la santé (1% du budget de la santé) notamment à cause de leurs ressources limitées ;
- ◆ la baisse de la part contributive des PTF entre 2008 et 2013, passant de 21% à 13% ;
- ◆ les différences de cycles budgétaires et procédures de mobilisation des fonds qui constituent des difficultés réelles dans l'harmonisation pour la réalisation des programmes, malgré les principes édictés par la Déclaration de Paris ;
- ◆ la forte progression (de 21% en 5 ans) des dépenses du secteur privé comprenant celles des ménages, des entreprises et des ONG ;
- ◆ la forte contribution (58% en 2013¹⁴, d'après les Comptes de la Santé) des ménages à travers le paiement direct des dépenses totales de santé. Le paiement direct des ménages est au cœur de la problématique des réformes du financement de la santé car il constitue une source d'exclusion des services de santé et un risque d'appauvrissement.

Ainsi, les principaux défis en matière de financement restent liés à : **(i)** la maîtrise des coûts nécessaire aux gains d'efficience qui constituent le premier accroissement du financement et le principal argument de plaidoyer pour une allocation accrue de ressources au profit du secteur ; **(ii)** l'augmentation conséquente du budget de l'État consacré à la santé et l'action sociale ; **(iii)** la meilleure prévisibilité du financement extérieur ; **(iv)** l'allègement des dépenses de santé supporté par les ménages ; **(v)** l'utilisation efficiente des ressources disponibles ; **(vi)** l'amélioration de la mobilisation des ressources du secteur privé (RSE et capitaux privés) ; **(vii)** le renforcement de la mutualisation des ressources des secteurs public et privé sanitaires ; et **(viii)** l'augmentation de la contribution des collectivités territoriales sur fonds propres dans le financement de la santé.

Face à ces défis en termes de mise en commun des risques et d'évolution vers la CSU et afin d'asseoir un système de financement pérenne, le MSAS a élaboré une Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la CSU, dont la mise en œuvre constitue un enjeu majeur pour le PNDSS.

¹⁴ Comptes de la Santé 2013

V.2. Offre de services

V.2.1. Disponibilité et accessibilité de l'offre

Durant les dix dernières années, l'État du Sénégal a consenti des efforts notoires pour renforcer le système de santé et améliorer l'accès global des populations aux soins : construction, réhabilitation et équipement des structures sanitaires de base et de référence. Dans la période 2011-2015, d'importantes réalisations ont été effectuées dont : **(i)** l'achèvement des travaux de construction des hôpitaux de Diamniadio, Ziguinchor, Matam, Dalal djam ; **(ii)** l'achèvement des centres de santé de Makacoulibantang, Saraya, Goudomp, Samine, Médina Gounass, Niakhar ; **(iii)** l'acquisition d'équipements lourds au profit de certaines structures comme les générateurs d'oxygène dans 12 hôpitaux, des scanners au nombre de 13, un appareil d'angiographie pour l'hôpital Le Dantec, 163 ambulances médicalisées dont la majorité a été affectée aux Postes de Santé.

Malgré ces réalisations, le secteur de la santé et de l'action sociale continue à être confronté à un problème en infrastructures. Les indicateurs de couverture montrent une répartition inégale des infrastructures sur le territoire national. En effet, les régions de Kédougou, Kaffrine et Sédhiou ne disposent pas d'hôpitaux régionaux. Cependant, des chantiers sont en cours d'exécution.

Les besoins prévisionnels suivants ont été identifiés selon la carte sanitaire 2019-2023 : 1 005 postes de santé, 94 CS1, 26 CS2, 19 EPS1, 26 EPS2 et 17 EPS3. Parmi ces besoins, les priorités portent sur 240 maternités de Postes de santé, 297 Postes de santé, 28 CS1, 9 CS2, 3 EPS1, 6 EPS2 et 4 EPS3. Ces derniers étant corrélés à la carte universitaire.

L'analyse des indicateurs de couverture montre par ailleurs, une répartition inégale des infrastructures sanitaires et de la qualité des plateaux techniques sur le territoire national. Dans la mise en œuvre des activités des services et des programmes, il y a une insuffisance dans la disponibilité de paquets de services aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

D'un autre côté, le système de maintenance des équipements et du matériel s'avère peu performant, entraînant des pannes fréquentes des appareils, compromettant ainsi la continuité des services.

Au niveau communautaire et des zones frontalières, la nécessité de résorber les gaps en infrastructures a été prise en compte dans divers plans stratégiques : la phase 2 du Millenium Challenge Account (MCA), et le Plan d'Urgence de Modernisation des Axes frontalières (PUMA).

Sur le plan des ressources humaines, le recrutement accru de personnels techniques a permis de relever les effectifs des médecins, techniciens supérieurs de santé, sages-femmes, infirmiers, assistants infirmiers dans les structures sanitaires.

Toutefois, les ratios de couverture pour le personnel de santé qualifié sont encore en deçà des prévisions. Le tableau ci-après présente les ratios de 2016.

Tableau IV : Ratio de couverture en personnel de santé au Sénégal en 2016 (Source Annuaire des Ressources Humaines 2016)

Catégories Socio Professionnelles	Normes nationales	Ratio de Couverture
MEDECIN (habitants)	Selon type de structures	1 pour 13 575
IDE (habitants)	1 pour 5 000	1 pour 5 942
SFE (FAR)	1 / 1 500 à 2000 FAR	1 pour 2 233 FAR

Il faut noter qu'environ 25 000 Agents Communautaires de Santé (ACS) formés sur un paquet de services préventifs, curatifs et promotionnels officient au niveau communautaire (cases et sites communautaires).

La répartition des personnels sanitaires est caractérisée par une plus forte concentration à Dakar en particulier, et à l'Ouest du pays en général. L'étude sur la situation des ressources humaines en santé menée en février 2018 par le Ministère de la santé et de l'action sociale a révélé qu'il existe 520 sages-femmes à Dakar sur une norme de 321 soit un surplus de 209. L'absence d'un mécanisme de gestion prévisionnelle des emplois et compétences efficace explique en grande partie cette situation. Le même déséquilibre est noté pour les spécialités médico-chirurgicales entre Dakar et les autres régions du pays, créant un manque d'équité au niveau de l'accès aux services de qualité. A titre d'exemple, il n'y a pas de néphrologues, d'ophtalmologistes, de neurologues, de cancérologues dans plus de 80% des EPS. Plusieurs EPS³ ne sont pas aux normes, avec l'absence de certaines spécialités (cardiologie, dermatologie, UAU, SAU, CREN).

Parallèlement à ces aspects, il faut noter que le potentiel offert par le dynamisme du secteur privé n'est pas suffisamment exploité et valorisé. En effet, ce secteur regroupe en termes de ressources humaines, près de 17 000 employés permanents parmi lesquels 1 592 Médecins spécialistes, 582 Médecins généralistes, et 1 132 Pharmaciens.

Par ailleurs, une offre itinérante de services de santé a été également développée dans les zones difficiles d'accès : sages-femmes itinérantes, stratégies avancées intégrées, équipes mobiles. De plus, la prise en charge à domicile (PECADOM) du paludisme dans les zones difficiles d'accès, et ne disposant pas de structures sanitaires a été élargie à la PEC d'autres affections de l'enfant.

Le secteur privé offre plus de 30 spécialités médicales souvent peu disponibles dans les structures publiques. L'offre de services de santé du secteur privé n'est pas capitalisée dans la densification de la couverture sanitaire, ni suffisamment contrôlée par la tutelle technique. Les données et contributions du secteur privé sont insuffisamment intégrées dans le calcul et l'analyse des indicateurs. Enfin, les conditions d'accès aux crédits d'investissements et les incitations fiscales insuffisantes limitent les capacités du secteur privé de la santé à offrir des prestations financièrement plus accessibles pour la population en général.

Cette offre déjà fréquentée par une bonne partie de la population, vu son expansion, six fois l'offre publique de santé dans la région de Dakar, nécessite une plus grande attention pour une meilleure intégration dans la perspective de la CSU.

L'analyse précédente montre que même si des efforts ont été faits, le plan d'investissement sectoriel a été insuffisamment mis en œuvre ; ce qui explique les écarts par rapport à la carte sanitaire.

Par ailleurs, la fonctionnalité du système de référence et contre référence reste peu optimale, notamment la régulation au niveau de la région de Dakar.

En plus, l'analyse de la situation des structures sanitaires spécialisées dans la prise en charge des urgences, a révélé que¹⁵ :

- ◆ seuls 76% des EPS (28 / 37 EPS) disposent d'un service d'accueil des urgences (SAU)
- ◆ sur les 28 SAU existants, aucun n'est aux normes maximalistes ;
- ◆ 7% des SAU répondent aux normes minimalistes ;
- ◆ 61% des centres de santé ne disposent pas d'Unité d'Accueil des Urgences (UAU) ;
- ◆ seuls 39% des Centres de santé disposent d'UAU aux normes ;
- ◆ 67% des blocs opératoires (16 / 24) mis en place dans les centres de santé sont non fonctionnels (dont 59% par faute d'équipements et de ressources humaines) selon l'évaluation des SONU en 2016.

¹⁵ Plan National d'amélioration de la Prise en Charge des Urgences (PNPCU) 2018-2021

Face à la complexité des facteurs de transmission de maladies et dans le cadre de la coopération internationale en matière de santé, le Sénégal a aussi adopté le Règlement Sanitaire International (RSI) et la stratégie « OneHealth ». Avec l'avènement de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en 2014, le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) a été mis en place pour renforcer la surveillance des maladies à potentiel épidémique et la riposte, ainsi que la coordination multisectorielle lors des catastrophes ou désastres de portée nationale ou internationale.

Dans le sous-secteur de l'action sociale, la couverture est limitée aux zones urbaines, avec la présence de structures d'action sociale circonscrites au niveau du chef-lieu de département (SDAS) et de certaines communes (CPRS). Les 49 Centres de promotion et de réinsertion sociale (CPRS) existants sont situés en zone urbaine. Les normes indiquent que chaque Commune devrait avoir un CPRS, mais seulement 11,5% des Communes en ont. Malgré les efforts consentis ces deux dernières années pour la résorption progressive de ces gaps, les besoins en ressources humaines ne sont pas toujours couverts.

V 2.2. Disponibilité en médicaments et autres produits de santé

Afin d'assurer une distribution optimale des médicaments et produits, la PNA a développé plusieurs stratégies. Il s'agit principalement de la mise en place de onze Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), de dépôts-ventes avec reversement de la marge (DVRM) dans les structures sanitaires, et de la mise en œuvre d'initiatives comme la PRA Mobile, le « Jegesinaa », le « Yeksinaa ».

La chaîne d'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé est composée d'acteurs qui interagissent depuis le fournisseur jusqu'à l'utilisateur. La Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) et le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM) sont respectivement responsables des dispositifs réglementaires et de contrôle.

Cette chaîne comprend deux circuits : **(i)** un circuit public dans lequel la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) assure principalement l'approvisionnement des différentes structures sanitaires publiques ; et **(ii)** un circuit privé avec les grossistes répartiteurs privés qui approvisionnent les officines. La PNA, sur la base d'une liste autorisée, approvisionne également les grossistes répartiteurs, les partenaires, les ONG et les structures confessionnelles.

Les principales composantes de cette chaîne d'approvisionnement sont : **(i)** la sélection et la quantification des médicaments et autres produits de santé ; **(ii)** l'acquisition et l'importation des médicaments ; **(iii)** la distribution et le stockage ; et, **(iv)** l'utilisation / consommation.

La sélection est faite à partir d'une « Liste Nationale de Médicaments et Produits Essentiels » (LNMPE) qui est régulièrement révisée. Toutefois, cette liste n'est pas toujours disponible au niveau des différents points de prestation de service.

Les mécanismes de quantification des médicaments et autres produits de santé reposent sur une évaluation correcte des besoins réels. Mais, ils sont entravés par certains problèmes comme : **(i)** la non-disponibilité des données essentielles de qualité ; **(ii)** les capacités insuffisantes du personnel en matière de quantification et de planification ; **(iii)** l'absence d'un cadre national formel de concertation et de dialogue avec les différents acteurs de la chaîne ; et **(iv)** l'absence d'un plan national d'approvisionnement qui englobe l'ensemble des besoins du pays.

L'acquisition des médicaments est soumise aux procédures du code des marchés. La faible couverture des besoins en médicaments par la production locale et les difficultés liées à l'obtention des autorisations de mise sur le marché (AMM) ralentissent significativement le processus. Une dérogation a été attribuée à la PNA sur la base d'une liste de médicaments essentiels.

Le secteur privé dispose pour sa part d'un réseau de 1 063 officines privées et 187 dépôts de médicaments. Il offre ainsi une plateforme d'approvisionnement et de distribution de produits de spécialités et génériques sur la majeure partie du territoire national.

L'analyse des indicateurs sur la disponibilité des médicaments essentiels et autres produits de santé a mis en exergue, entre 2016 et 2017, les résultats suivants¹⁶ : **(i)** le taux moyen de disponibilité des produits de santé essentiels (médicaments et autres produits) traceurs est passé de 82% à 89% ; **(ii)** la durée moyenne de rupture de produits de santé essentiels (médicaments et autres produits) traceurs en jours est passée de 31 à 27 jours dans les structures sanitaires de base ; et de 36 à 54 jours dans les structures de référence.

Ces résultats notés dans la disponibilité des médicaments et produits sont accompagnés d'une réduction générale des prix, étendue aussi aux anticancéreux et au sérum antivenimeux de 56% et de 115% respectivement.

Malgré certains progrès, des difficultés persistent. Il s'agit notamment de l'insuffisance de la production locale, des ruptures fréquentes et du développement d'un marché illicite des médicaments. On note ainsi une rupture de stocks fréquente de médicaments au niveau communautaire, liée à l'insuffisante prise en compte des besoins des cases de santé dans les commandes des postes de santé.

De plus, la non disponibilité continue du sang et l'insuffisance des capacités du système de gestion, d'assurance qualité et de distribution de ce produit, limitent les performances du système à lutter de façon efficace contre les décès maternels, liés aux hémorragies et à faire face à la prise en charge efficace des victimes d'accidents.

V 2. 3. Qualité de l'offre de services

Le MSAS a institué une politique pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services. La mise en œuvre de cette politique est coordonnée par le Programme National Qualité (PNQ), sur la base d'un plan stratégique et de diverses approches spécifiques développées avec certains PTF : 5S, ORCAP (Outils de Renforcement de Capacité par Auto évaluation Participative), Tutorat, FBR. Dans la même logique, des documents de politiques, normes et protocoles ont été élaborés dans différents domaines pour promouvoir la standardisation des pratiques professionnelles.

Selon les résultats de l'ECPSS 2017, une moyenne de 88% des structures organisent une formation et une supervision de routine des prestataires (60 % dans les hôpitaux contre 90% dans les postes de santé).

Dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, la quasi-totalité des structures (91%), toutes catégories confondues, sont capables de procéder à l'élimination des déchets biomédicaux en toute sécurité. Diverses performances sont rapportées¹⁷ sur l'application des directives de la pharmacovigilance (79%), la sécurité des injections (72%) et le système de recueil, d'analyse et de traitement des événements indésirables graves (EIG) (64%).

L'analyse des faiblesses révèle cependant plusieurs aspects.

Il s'agit d'abord d'un manque généralisé de ressources humaines et financières, d'infrastructures et d'équipements, justifiant les importants écarts qui persistent dans la qualité des soins au niveau des points de prestation de santé. Les procédures d'évaluation des pratiques professionnelles des acteurs du MSAS ne sont mises en place que dans deux structures sur cinq (54% des hôpitaux et 37% des centres de santé). L'utilisation correcte de la check-list du bloc opératoire n'est observable que dans 13% des structures.

¹⁶ Rapport de performances PNA 2016 -2017

¹⁷ Sources : Programme National Qualité/MSAS/Sénégal

Malgré les progrès réalisés pour l'acheminement des médicaments dans les structures de santé (« Jegesinaa », « Yeksinaa »), des défis persistent dans la disponibilité continue du médicament qui constitue une dimension importante de la qualité du service.

Il est noté aussi une insuffisance dans l'accompagnement des communautés par un personnel qualifié pour la mise en œuvre des activités promotionnelles. Celles-ci sont en fin de compte insuffisamment menées au niveau des structures de base et de référence. Des guides méthodologiques et des outils techniques sur les bonnes pratiques de soins ne sont disponibles que dans 43% des points de prestations de soins et services. L'existence de protocole sur la sécurité dans les services d'urgence est faible (13%), de même que pour le contrôle de la sécurité électrique et des incendies en milieu de soins (32%).

Enfin, il apparaît entre autres insuffisances :

- ◆ une absence d'une politique de qualité intégrant la sécurité des soins au niveau de l'ensemble des structures du système de santé ;
- ◆ une insuffisance de la normalisation des soins et services ;
- ◆ une gestion des déchets biomédicaux ne répondant pas aux normes de la sécurité environnementale ;
- ◆ une prévention et une gestion des risques encore embryonnaires ;
- ◆ une moindre qualité des soins pour certaines pathologies peu soutenues ;
- ◆ une faible participation des usagers à l'amélioration de la qualité des soins et services ;
- ◆ une insuffisance de l'hygiène hospitalière et d'un environnement accueillant (embellissement et propreté des locaux) ;
- ◆ une insuffisance de l'intégration de l'accueil et du respect des droits des usagers des services de santé dans la formation continue des agents de santé.

V 2. 4. Équité dans l'accès aux services

Plusieurs initiatives sont mises en œuvre pour améliorer l'équité dans l'offre de soins et des services socio-sanitaires :

- ◆ la carte d'égalité des chances instituée par l'article 3 de la loi d'orientation sociale 2010-15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées est conçue et délivrée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale pour les personnes handicapées. Elle donne accès à des services sociaux de base relatifs à la santé, la réadaptation fonctionnelle, l'éducation, la formation, les transports et les finances. A la fin de l'année 2017, le MSAS avait produit 50 006 cartes soit un taux de couverture de 6% des personnes vivant avec un handicap ;
- ◆ la promotion de l'accès de populations clés aux services de soins, travailleurs du sexe, MSM, groupes mobiles, à travers la CMV+, la couverture maladie des PVVIH, etc.
- ◆ la prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) : 904 enfants vivant avec le VIH ont bénéficié de l'encadrement de tuteurs ;
- ◆ l'implication du secteur de la santé dans la déclaration des actes d'état civil ;
- ◆ la promotion de l'adhésion dans les mutuelles de santé : la couverture du risque maladie en 2017 a atteint 49% dont 19% par les mutuelles de santé ;
- ◆ les bourses de sécurité familiale ;
- ◆ l'affectation des 5% des recettes des CDS à la prise en charge des indigents et des cas sociaux.

V.3 Protection sociale

La protection sociale au sens du PSE relève de plusieurs secteurs dont celui de la santé et de l'action sociale. Au niveau du MSAS, l'agence de la Couverture Maladie Universelle et la Direction Générale de l'Action Sociale conjuguent leurs efforts depuis plusieurs années pour garantir aux populations sénégalaises, et particulièrement au monde rural, au secteur informel et aux groupes les plus vulnérables, un bon accès aux services de santé et d'action sociale. Ces interventions portent sur les trois dimensions que sont l'assurance maladie, l'assistance médico-sociale et l'autonomisation.

Concernant la CMU, des efforts notoires ont été consentis par les pouvoirs publics notamment : **(i)** la mise en place de l'Agence nationale de la CMU sous tutelle du MSAS ; **(ii)** le démarrage de la nouvelle initiative de gratuité chez les enfants de 0 à 5 ans ; **(iii)** la gratuité de la césarienne ; **(iv)** l'enrôlement des bénéficiaires du Programme National de Bourses de Sécurité Familiale et l'intégration des titulaires de la Carte d'Égalité des Chances dans les mutuelles de santé et **(v)** le renforcement des stratégies de communication et de partenariat avec les prestataires de soins. Ces efforts conjugués à une forte mobilisation de financement ont permis une nette amélioration de l'accès aux services de santé et d'action sociale pour les sénégalais.

Si les performances ont relativement stagné dans le secteur formel, l'assurance maladie communautaire à travers les mutuelles de santé a connu une nette progression. En effet, la couverture par les mutuelles de santé rapportée à la population totale est passée de 7% en 2013¹⁸ à 16% en 2016 puis 19% en 2017¹⁹ (voir cadre de performances de l'Agence de la CMU 2016-2021). Aujourd'hui, cette performance rapportée à la population cible des mutuelles de santé est estimée en fin 2017 à 42,4%.

Considérant les cibles « enfants de 0 à 5 ans », « les personnes âgées de 60 ans et plus », les salariés du secteur privé, les agents soumis à l'imputation budgétaire et ceux couverts par les mutuelles de santé principalement, le taux global de couverture de la population est de 49,3% en fin 2017²⁰.

Toutefois, en considérant les ménages et non les individus, l'EDS 2017 a estimé que 83% des ménages ne sont couverts par aucune assurance.

Par ailleurs, l'application de l'initiative de la gratuité 0-5 ans n'est pas effective au niveau des cases de santé.

Les imputations budgétaires destinées aux agents de la fonction publique et à leurs familles n'étaient utilisées que par 2% des personnes enquêtées. Les IPM enrôlant les travailleurs des entreprises privées et leurs familles ne couvraient qu'environ 2% des personnes enquêtées. Ce fait est à rapprocher de l'absence d'éligibilité de l'imputation budgétaire aux autres niveaux de prise en charge de la pyramide sanitaire. Par ailleurs, une enquête conjointement menée par le Ministère en charge du travail et l'agence de la CMU en 2016 auprès des entreprises a révélé un taux préoccupant d'évasion sociale de 65%. Les mutuelles de santé professionnelles n'étaient utilisées que par un peu plus de 1% des personnes enquêtées²¹ (source EDS 2017).

Dans le cadre de l'assistance médico-sociale, une directive présidentielle datant de 2015 a favorisé l'articulation de la carte d'égalité des chances à la CMU et aux bourses de sécurité familiale. Ainsi, sur les 50 006 bénéficiaires de CEC, 17 614 ont été enrôlés dans les mutuelles de santé soit 35,22%, et 95% des bénéficiaires de BSF ciblés ont été pris en charge dans les mutuelles de santé²²(source : cadre de mesure des performances de 2017 du DPPD). Ces résultats cachent certaines insuffisances caractérisant la marche vers l'extension de la couverture du risque maladie.

18 PSE

19 Cadre de performances de l'Agence de la CMU 2016-2021

20 Rapport de performance Agence de la Couverture Maladie Universelle 2018

21 EDS 2017.

22 Cadre de mesure des performances de 2017 du DPPD

Entre autres, il faut noter : **(i)** la fragmentation des régimes d'assurance maladie ; **(ii)** le défaut de ciblage des initiatives de gratuités ; **(iii)** les obstacles à l'accès aux soins de santé des bénéficiaires des mutuelles de santé à cause des limites géographiques et de la limitation des paquets de service ; **(iv)** l'insuffisance de l'engagement communautaire des mutualistes en faveur du développement sanitaire ; **(v)** le manque de professionnalisation de la gestion des structures assurantielles ; et **(vi)** l'importance de l'évasion sociale au niveau des entreprises et certaines structures publiques (Collectivités Territoriales, Agences ...). Par ailleurs, l'accès des personnes handicapées aux services essentiels, a été également facilité par la mise en œuvre du Plan d'action national sur le handicap 2017-2021. Ces initiatives sont complétées par l'allocation de secours à certaines catégories de personnes indigentes par la DGAS.

De 2012 à 2017, dans le cadre de la promotion de l'accès des personnes handicapées aux services de réadaptation physique et fonctionnelle, la direction en charge de l'action sociale a distribué à travers le PNRBC, un total de 4 438 aides techniques composés de fauteuils roulants, de cannes anglaises, de cannes blanches, de béquilles et de lunettes.

Au titre de l'autonomisation, l'action sociale a développé à travers ses projets et programmes, des activités de formation et de financement de projets économiques au profit des jeunes déshérités, des personnes âgées, des veuves et orphelins, des personnes handicapées, des personnes affectées par la lèpre et leurs familles, des personnes démunies en général. Entre 2016 et 2017, le taux de satisfaction des demandes de projets économiques est passé de 20 à 22 % soit une progression de 2 points²³.

Le secteur de l'action sociale administre des programmes de réponse à diverses vulnérabilités, que sont le handicap et la pauvreté, sans disposer de cadre d'action spécifique pour la protection de l'enfant. A l'heure actuelle, l'action sociale est structurée autour des programmes suivants :

- ◆ Programme national de Réadaptation à Base Communautaire (PNRBC), en vigueur depuis 2005, qui cible les personnes vivant avec un handicap. Parmi les mesures du programme, l'octroi d'une Carte d'égalité des chances, qui ouvre des droits spécifiques d'accès aux services sociaux de base et à la CMU ;
- ◆ Programme Enfance Déshéritée (PED). Le programme s'articule autour de quatre rubriques, notamment l'appui aux « daaras » pilotes, les subventions aux « daaras » traditionnels, les subventions aux structures de formation professionnelle, les projets économiques destinés aux mères veuves ;
- ◆ Programme d'Appui à la Promotion des Aînés (PAPA) ;
- ◆ Programme d'Autonomisation des Personnes Affectées par la Lèpre et Famille (PAPALF) ;
- ◆ Programme de prise en charge médicale des indigents.

Ces programmes sont davantage conçus dans une approche d'assistance et à base catégorielle que promotionnelle, avec une faible participation des Collectivités Territoriales. L'autonomisation demeure encore faible et nécessite un changement d'approche fondée sur le pouvoir d'agir des populations et un renforcement conséquent des ressources allouées à la formation et à la gestion des projets. L' enrôlement prend du temps et ne permet pas de répondre aux besoins de protection des personnes indigentes et groupes vulnérables qui peuvent être urgents, tandis que le recrutement dans les programmes ne se fait qu'une seule fois par an.

Les référentiels et les outils pour la prestation de services d'action sociale en direction des bénéficiaires en général et notamment des enfants à risque ou victimes de maltraitements, et leurs familles sont en cours d'élaboration et nécessitent le renforcement des capacités de tous les acteurs.

²³ Rapport d'activités 2017/DGAS/MSAS/Sénégal

V.4 Principaux défis du secteur

L'analyse du secteur de la santé et de l'action sociale a révélé un certain nombre de défis prioritaires. Ces défis ont été classés dans les différents domaines :

V.4.1 Gouvernance et financement

Dans le cadre de la gouvernance et du financement de la santé et de l'action sociale, les défis se résument comme suit :

1. Amélioration du système de régulation ;
2. Renforcement du pilotage et de la coordination du secteur notamment au niveau intermédiaire ;
3. Mobilisation des ressources domestiques et extérieures ;
4. Efficience dans l'utilisation des ressources.

V.4.2 Offre de services de santé et d'action sociale

Les défis de l'offre de services de santé et d'action sociale sont les suivants :

5. Mise en œuvre du PIS conformément aux normes établies par la carte sanitaire ;
6. Renforcement de la sécurité sanitaire nationale et internationale ;
7. Amélioration de la gestion des urgences ;
8. Amélioration de la prise en charge du couple mère enfant et des ado-jeunes ;
9. Disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité ;
10. Renforcement des soins de santé primaires ;
11. Renforcement de la promotion de la santé et de la prévention ;
12. Amélioration de la lutte contre les endémies majeures.

V.4.3 Protection sociale

En matière de protection sociale, les défis suivants ont été identifiés :

13. Renforcement des mécanismes de mise en œuvre de l'assurance maladie ;
14. Mise en cohérence des différentes interventions pour une protection sociale efficace et efficiente ;
15. Renforcement de la participation et de l'engagement communautaire.



**VI CADRE
STRATEGIQUE**

VI.1 Vision

Le Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019-2028 repose sur la vision d'« un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé et d'action sociale de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé et de bien-être économiquement et socialement productif ».

VI.2 Missions

Les missions du MSAS, telles que définies par le décret N° 2014-867 du 22 juillet 2014 sont :

- ◆ de rendre les soins de santé de qualité accessibles à tous les Sénégalais, qu'ils vivent en zone urbaine ou rurale ;
- ◆ d'encourager la formation de médecins et de personnels de santé et faciliter leur implantation dans les zones qui en sont dépourvues ;
- ◆ de veiller à l'approvisionnement en médicaments de qualité et à la couverture des besoins sanitaires de la population ;
- ◆ d'assurer la tutelle des établissements publics de santé et veiller à leur bon fonctionnement ;
- ◆ de préparer et appliquer la législation et la réglementation relatives aux professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques ;
- ◆ de prendre les mesures requises concernant la pratique de la prévention dans tous les établissements et à son inscription dans les curricula de l'enseignement scolaire ;
- ◆ d'encourager les médecins et les infirmiers à pratiquer, en plus des consultations et des soins, des actions efficaces de prévention ;
- ◆ de faciliter la mise en place de politiques de vaccination ;
- ◆ de développer des actions de prévention tendant à la diffusion de modèles de comportement permettant d'éviter le développement de certaines maladies ;
- ◆ de porter une attention particulière à la protection de la santé des femmes, des enfants, des travailleurs et des personnes âgées ou handicapées.

Au titre de l'action sociale, il apporte une assistance aux malades chroniques et aux groupes vulnérables.

VI.3 Principes et Valeurs

Le présent PNDSS est conçu selon les principes et valeurs suivants :

VI.3.1 Principes directeurs

Les principes directeurs qui guident la mise en œuvre du PNDSS sont : **(i)** la Gestion Axée sur les Résultats ; **(ii)** la participation ; **(iii)** l'inclusion ; **(iv)** la redevabilité et ; **(v)** l'efficience.

VI.3.2 Valeurs

Le succès du PNDSS sera garanti par l'adhésion de tous les acteurs du secteur à un certain nombre de valeurs qui leur permettront de travailler en parfaite harmonie pour la réalisation des objectifs de santé et d'action sociale. Il s'agit notamment de : **(i)** l'intégrité ; **(ii)** la solidarité ; **(iii)** l'équité et **(iv)** l'égalité.

VI.4. Objectif du PNDSS

L'objectif du Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019-2028 est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie sociosanitaires de la population sénégalaise sans aucune forme d'exclusion.

VI.5. Résultats attendus

Ce plan vise plusieurs résultats dont un à long terme et trois résultats sectoriels.

Le résultat à long terme attendu est que l'état de santé et de bien-être des populations est amélioré par la disponibilité effective des services de santé et d'action sociale de base et de référence de qualité et par la mise en œuvre des interventions de santé et d'action sociale à haut impact.

Les résultats sectoriels attendus sont :

Résultat sectoriel 1 : La gouvernance et le financement du secteur sont renforcés à travers des mécanismes de pilotage, de régulation, de supervision, de contrôle et d'audit, de mobilisation et de rationalisation de l'utilisation des ressources ;

Résultat sectoriel 2 : L'offre de services de santé et d'action sociale de base et de référence de qualité est universellement accessible aux populations ;

Résultat sectoriel 3 : La protection sociale en particulier des groupes vulnérables est améliorée à travers l'accessibilité aux services de santé et d'action sociale sans discrimination aucune.

Les différents résultats sectoriels sont déclinés en résultats intermédiaires (RI) que sont :

Pour le résultat sectoriel 1 portant sur la gouvernance et le financement du secteur :

- ◆ **RI 1** : le système de régulation du secteur est amélioré ;
- ◆ **RI 2** : le pilotage et la coordination du secteur sont renforcés ;
- ◆ **RI 3** : les ressources domestiques et extérieures sont mobilisées ;
- ◆ **RI 4** : les ressources sont utilisées de façon efficiente ;

Pour le résultat sectoriel 2 portant sur l'offre de services de santé et d'action sociale :

- ◆ **RI 5** : le PIS est mis en œuvre conformément aux normes établies par la carte sanitaire ;
- ◆ **RI 6** : la sécurité sanitaire nationale et internationale est renforcée ;
- ◆ **RI 7** : la gestion des urgences est améliorée ;
- ◆ **RI 8** : la prise en charge de la santé du couple mère-enfant et des ado-jeunes est améliorée ;
- ◆ **RI 9** : les médicaments et autres produits de santé de qualité sont disponibles ;
- ◆ **RI 10** : les soins de santé primaires sont renforcés ;
- ◆ **RI 11** : la promotion de la santé et la prévention sont renforcées ;
- ◆ **RI 12** : la lutte contre les endémies majeures est améliorée ;

Pour le résultat sectoriel 3 portant sur la protection sociale :

- ◆ **RI 13** : les mécanismes de mise en œuvre de l'assurance maladie sont renforcés ;
- ◆ **RI 14** : les différentes interventions pour une protection sociale efficace et efficiente sont mises en cohérence ;
- ◆ **RI 15** : la participation et l'engagement communautaire sont renforcés.

VI.6 Orientations stratégiques

Pour garantir la réalisation durable des performances de santé et d'action sociale au cours de la prochaine décennie, le Plan National de Développement Sanitaire et Social 2019-2028 a retenu trois orientations stratégiques complémentaires.

- ◆ **Orientation stratégique 1 (OS1) :** Renforcement de la gouvernance et du financement de la santé et de l'action sociale
- ◆ **Orientation stratégique 2 (OS2) :** Développement de l'offre de services de santé et d'action sociale
- ◆ **Orientation stratégique 3 (OS3) :** Promotion de la protection sociale.

VI.7. Développement des orientations stratégiques

Les différentes orientations stratégiques sont développées ainsi qu'il suit :

VI.7.1 Renforcement de la gouvernance et du financement

Le renforcement de la gouvernance et du financement du secteur constitue un préalable pour l'atteinte des objectifs de couverture sanitaire universelle dans le contexte de la gestion axée sur les résultats. Cette approche stratégique adressera entre autres les dimensions suivantes : le pilotage et la coordination, la planification, le suivi et l'évaluation, la recherche, la régulation, la mobilisation accrue des ressources et leur utilisation rationnelle.

Résultat Intermédiaire (RI) 1 : Le système de régulation du secteur est amélioré

◆ **Ligne d'action 1 : Renforcement du cadre institutionnel, législatif et réglementaire**

Le renforcement du cadre institutionnel passera par des actions qui s'orienteront vers :

- la mise en place de réformes afin d'adapter l'architecture institutionnelle du MSAS aux nouveaux défis du PNDSS : **(i)** la création d'une structure (Division ou Direction) en charge des Soins de Santé Primaires à la hauteur de l'ambition affichée au niveau national et régional ; **(ii)** l'ancrage institutionnel du contrôle de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International au MSAS ; **(iii)** l'érection de l'organe chargé de la réglementation pharmaceutique en une structure autonome conformément à la recommandation de la « Stratégie Régionale sur la Réglementation des Produits Médicaux dans la région africaine, 2016-2025 » de l'OMS Afrique et ; **(iv)** la création d'un Secrétariat Permanent (SP) chargé de la coordination et du suivi évaluation des activités du plan stratégique Santé Environnement.
- la finalisation et l'adoption du projet de réforme du District sanitaire : Vingt-cinq ans après « la Déclaration de Harare », s'est tenue la conférence régionale sur le district sanitaire en octobre 2013 au Sénégal, aux fins de l'évaluer. Au terme de cette rencontre, l'orientation majeure serait d'aller vers la réforme du système de santé local (district sanitaire).

Le cadre législatif et réglementaire sera renforcé par l'adoption de divers textes dont certains sont en cours d'élaboration ou d'adoption. Les actions vont être orientées vers :

- la révision et la mise à jour de textes législatifs et réglementaires existants, notamment:
 - (i) les textes légaux et réglementaires pour une mise en œuvre efficiente du RSI ;
 - (ii) le code de l'hygiène ;
 - (iii) la loi 66-69 du 04 juillet 1966 portant Ordre des Médecins du Sénégal, pour mieux prendre en compte les innovations introduites par les textes communautaires (CEDEAO notamment) ;
 - (iv) le Décret 95-264 du 10 mars 1995 portant délégation des pouvoirs du Chef de l'État en matière d'administration et gestion du personnel (alinéa 5a) ;
 - (v) la loi portant réforme hospitalière sur son article 18 pour mieux prendre en compte les services d'action sociale dans la carte sanitaire ;
 - (vi) les textes réglementaires régissant le secteur privé de la santé ;
 - (vii) la loi 75-80 du 9 juillet 1975, relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés ;
 - (viii) la loi 81-70 du 10 décembre 1981, relative à l'exercice de la chirurgie dentaire et à l'ordre des chirurgiens-dentistes ; et
 - (ix) l'abrogation de la loi 76-03 du 25 mars 1976 portant création des villages de reclassement social ;
- l'adoption de nouvelles lois et de nouveaux règlements :
 - (i) élaboration du Code de la santé publique ;
 - (ii) adoption de la loi sur la CMU ;
 - (iii) adoption des actes réglementaires pour la normalisation des structures d'action sociale ;
 - (iv) adoption du projet de loi relatif à la médecine traditionnelle et à la pharmacopée ;
 - (v) élaboration et adoption de la loi portant Ordre des Infirmiers ;
 - (vi) adoption de l'arrêté organisant la Responsabilité Sociétale de l'Entreprise (RSE) dans le secteur de la santé et ;
 - (vii) élaboration d'une loi pour la protection sociale des malades mentaux errants ;
- la transposition des textes communautaires notamment l'adoption du texte de loi relatif à la libre circulation et à l'établissement des médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes ressortissants de l'espace UEMOA ;
- la finalisation des textes en attente :
 - (i) projet de décret d'application de la loi relative à la santé de la reproduction
 - (ii) signature de l'arrêté relatif à la lutte contre la tuberculose et
 - (iii) finalisation des textes réglementaires prévus par la Loi d'Orientation Sociale ;
- l'amélioration des droits humains avec des actions de long terme telles que :
 - (i) La systématisation de l'enregistrement des faits d'état civil par une collaboration étroite entre les collectivités territoriales et les services de la santé et
 - (ii) la lutte contre les Violences Basées sur le Genre (mutilations génitales féminines, mariages précoces, personnes âgées).

◆ **Ligne d'action 2 : Renforcement des mécanismes de régulation du secteur**

Il s'agira de doter les organes du ministère chargés de la régulation de moyens et d'outils nécessaires à leur mission et également de créer de nouveaux organes en fonction de l'évolution des activités du MSAS.

Les mécanismes concernés sont : la supervision, l'inspection, le contrôle et l'audit.

La supervision devra être effective à tous les niveaux de la pyramide par la mise à disposition d'outils harmonisés et standardisés et des moyens de mobilité aux principaux superviseurs que sont les MCR, MCD et CPS. Le contrôle de l'effectivité de la supervision doit se faire en cascade à tous les niveaux de la pyramide : le niveau national contrôle l'effectivité au niveau de la région médicale ; la région médicale contrôle celle du district et le district celle des postes de santé.

Une valorisation de l'inspection interne de la santé et de l'action sociale est nécessaire et passera par : **(i)** l'extension des missions de l'Inspection Interne ; **(ii)** l'élaboration d'outils d'inspection adaptés de contrôle interne ; **(iii)** le renforcement des effectifs et des capacités techniques des inspecteurs ; **(iv)** l'élaboration et la validation d'outils standardisés de l'inspection des services de santé en tenant compte de toutes les composantes ; **(v)** l'élaboration à court-terme d'un plan d'action quinquennal ; **(vi)** le renforcement des moyens techniques et logistiques de l'Inspection Interne de même que la fidélisation des inspecteurs au poste ; **(vii)** la validation des référentiels et leur adaptation continue et ; **(viii)** le renforcement du contrôle interne.

Dans un contexte marqué par la limitation des effectifs de l'Inspection Interne du MSAS, la déconcentration de la « fonction inspection » devra être renforcée au niveau régional. L'objet est de renforcer les capacités des Médecins-Chef de Région (MCR) en inspection technique dans le champ sanitaire. Pour ce faire, une Mission Permanente Inspection-Contrôle (MPIC) devra être structurée au sein de l'Inspection Interne pour accompagner les MCR. A travers la MPIC, l'Inspection Interne donnera aux MCR, une formation initiale et leur fournira les outils et les méthodes d'inspection aux standards internationaux.

L'audit interne sera réalisé par l'Inspection Interne. L'audit interne est « un contrôle de l'efficacité, de la pertinence des procédures et opérations d'une organisation au regard des objectifs à atteindre et du degré de maîtrise des risques ». La « DAGE » pourrait encadrer un contrôle interne fort sur l'ensemble des procédures et toutes opérations qui concourent à l'atteinte des objectifs du MSAS. Les capacités des agents devront être renforcées.

RI 2. Le pilotage et la coordination du secteur sont renforcés

◆ Ligne d'action 3 : Renforcement du pilotage et de la coordination de la mise en œuvre du PNDSS

La mise en œuvre du PNDSS fait intervenir, en dehors du Ministère de la Santé et de l'Action sociale diverses entités (Institutions de la République, autres départements ministériels, et autres acteurs) dans une approche participative.

L'amélioration de la performance du système de santé à travers le renforcement du dialogue de politique sectorielle nécessitera la mise en place d'une entité unique, inter et suprasectorielle, présidée par le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale.

Les pouvoirs et attributions de cette entité ou Comité de Pilotage du PNDSS pourraient être définis à cet effet, par voie réglementaire.

◆ Ligne d'action 4 : Renforcement de la communication institutionnelle

La communication institutionnelle doit être renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et sociale entre les directions et les services déconcentrés du MSAS.

La lisibilité et la visibilité du secteur passeront par l'utilisation régulière des canaux classiques de communication et des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Un renforcement des aptitudes des acteurs des relations publiques du MSAS sera effectué pour la réussite de cette mission.

◆ **Ligne d'action 5 : Promotion du genre dans les mécanismes de gouvernance du secteur**

La dimension genre sera intégrée, à tous les niveaux de la pyramide et dans l'ensemble des domaines y compris dans l'information sanitaire et sociale, par la poursuite de la mise en œuvre du Plan d'Institutionnalisation du Genre (PIG) à travers : **(i)** le développement d'une culture de l'égalité de genre ; **(ii)** l'intégration du genre dans les programmes de formation de base ; **(iii)** le développement des compétences techniques sensibles au genre et **(iv)** la promotion du travail décent, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

◆ **Ligne d'action 6 : Renforcement de la planification, du suivi et de l'évaluation en vue d'améliorer la performance à tous les niveaux de la pyramide**

Pour une meilleure opérationnalisation du PNDSS à travers le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), le Plan de Travail Annuel (PTA) prendra en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Territoriales (POCT-Santé) qui intègrent les plans d'action annuels des Comités de Développement Sanitaire. Ainsi, il sera procédé à une révision des outils de planification de même qu'une digitalisation des outils de planification, de suivi et d'évaluation. Il sera mis en place un mécanisme de validation et d'arbitrage budgétaire pour tous les plans annuels à tous les niveaux de la pyramide sur la base de critères objectifs de qualité bien définis.

Des critères de qualité applicables à tout le processus de planification du MSAS seront élaborés et intégrés à un système de normalisation interne.

Dans la mise en œuvre du PNDSS, il sera élaboré un plan de suivi et d'évaluation qui sera annexé au présent document. Ce plan définira le cadre de performances et précisera les mécanismes de suivi et d'évaluation. Les différents centres de responsabilités devront également disposer d'un cadre de mesure de leurs performances. Une redéfinition des fonctions de gestion et de supervision se fera au préalable.

Il s'agira également de renforcer les fonctions managériales : planification, coordination, suivi et monitoring, audit et contrôle, formation, gestion des médicaments, gestion financière.

Par ailleurs, une évaluation à mi-parcours se fera au dernier semestre 2023 et une évaluation finale en 2028.

◆ **Ligne d'action 7 : Promotion de la recherche opérationnelle et de la culture évaluative pour la prise de décisions**

L'élaboration d'un plan stratégique de la recherche en santé constitue une priorité pour aider à une prise de décision basée sur des preuves, à travers une culture de recherche et d'évaluation orientée vers la résolution des problèmes sanitaires et sociaux, à tous les niveaux du secteur.

La promotion de la recherche et de l'évaluation consistera à renforcer les capacités des acteurs de terrain en méthodologie de la recherche et à impulser la recherche et l'évaluation au niveau local.

Plusieurs actions pourraient être initiées dans cette perspective. Il s'agit de : **(i)** l'organisation de journées scientifiques en collaboration avec les universités pour diffuser les résultats des travaux de recherche opérationnelle ; **(ii)** la mise à jour et la publication du guide méthodologique de la recherche opérationnelle pour servir de support de formation et **(iii)** la mise en place d'un fonds d'incitation et d'impulsion de la recherche.

◆ Ligne d'action 8 : Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation de l'information sanitaire et sociale

Les capacités de gestion de l'information sanitaire et sociale seront renforcées pour la collecte, le traitement, l'utilisation des données et la diffusion des résultats à des fins de gestion et de prise de décision. Les actions suivantes seront réalisées : **(i)** la définition des normes et procédures de gestion des statistiques sanitaires et sociales ; **(ii)** la diffusion du manuel de procédures de gestion du système d'information sanitaire et social aux acteurs de tous les niveaux de la pyramide; **(iii)** la mise en œuvre de l'interopérabilité des différents systèmes de gestion des données sanitaires, sociales, de l'état civil et autres ; **(iv)** la création d'un bureau régional chargé de la gestion de l'information (collecte, traitement, analyse) ; **(v)** l'analyse régulière des données en temps réel pour la prise de décisions ; **(vi)** la diffusion de statistiques fiables traduisant la situation sanitaire et sociale réelle du pays et **(vii)** la promotion de technologies innovantes pour la gestion de l'information sanitaire et sociale.

Par ailleurs, la disponibilité et l'utilisation de l'information sanitaire et sociale de qualité seront assurées par : **(i)** l'harmonisation et la stabilisation des outils de collecte et de rapportage ; **(ii)** l'intégration des données du secteur privé, et de toutes les autres composantes non encore enrôlées (Forces de Défense et de Sécurité, Jeunesse, Éducation, Enseignement Supérieur, Justice, l'Environnement ; **(iii)** la mise en place d'un mécanisme d'audit de la qualité des données à travers l'élaboration et l'utilisation d'un manuel d'audit qualité et d'un manuel de procédures de gestion de l'information sanitaire et sociale ; **(iv)** la dissémination des données sanitaires et sociales par les canaux autorisés (les annuaires statistiques, les EDS, etc.) ; **(v)** la prise en compte des données liées aux ODD, PSE, stratégies sectorielles et multisectorielles (SNPE, SNEEG, etc..) et **(vi)** la digitalisation des données communautaires (santé communautaire).

Le SISS devra fournir des données relatives au Genre et aux engagements nationaux (PSE...) et internationaux (ODD, Agenda 2063, Déclaration d'Astana). Le MSAS renforcera sa collaboration avec l'ANSD pour le renforcement de capacité du système d'information sanitaire et sociale pour l'amélioration de la production de statistiques sanitaires de qualité, l'amélioration de l'analyse, de l'utilisation et la diffusion des résultats.

◆ Ligne d'action 9 : Développement des technologies innovantes du numérique en soutien au système de santé.

Le positionnement de la santé digitale comme un des socles de soutien au secteur pour la résorption des gaps liés à l'accès aux prestations de services et à l'avancée vers la CSU se fera à travers : **(i)** l'affirmation du leadership du MSAS en matière de santé numérique dans une dynamique de gouvernance intersectorielle ; **(ii)** l'adoption et la diffusion de technologies numériques innovantes ; **(iii)** le renforcement des capacités du personnel en matière de télésanté, de télémédecine et de e-Santé et ; **(iv)** l'utilisation effective au profit des missions du MSAS des opportunités offertes par le développement de ces outils.

Par ailleurs, la digitalisation du dossier patient et des outils de gestion permettra une meilleure traçabilité des événements et du circuit du patient mais aussi le contrôle de la qualité des prestations notamment sur le respect des normes et protocoles de soins. Cette numérisation faciliterait l'interfaçage avec le système d'enregistrement des faits d'état civil.

Un système d'évaluation de la qualité telle que perçue par les usagers des services de santé destinataires et justificatifs des prestations financées et produites à travers le système de santé sera développé et mis en œuvre au cours de ce Plan.

◆ Ligne d'action 10 : Renforcement du Partenariat Public-Privé

Plusieurs mesures fortes sont requises pour accroître la contribution du secteur privé, partenaire privilégié dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé, dans le relèvement des défis du secteur. Dans cette perspective, les mesures ci-après devront être considérées : **(i)** renforcement de la collaboration avec les organisations du secteur privé de la santé ; **(ii)** élaboration et mise en œuvre d'une feuille de route pour l'amélioration de l'environnement des affaires dans le secteur de la santé notamment en termes de fiscalité et de conditions d'exercice ; **(iii)** intégration du programme de réforme de l'environnement des affaires du secteur de la santé dans l'agenda du Conseil Présidentiel de l'Investissement ; **(iv)** adoption des mesures appropriées pour la mise en place d'un cadre juridique favorable au développement de projets de Partenariat Public Privé (PPP) dans le secteur de la santé et **(v)** amélioration du dispositif institutionnel d'identification, de planification et de mise en œuvre des projets PPP au sein du MSAS.

◆ Ligne d'action 11 : Renforcement des interventions multisectorielles pour la santé

L'intégration de l'approche multisectorielle dans les politiques de santé et d'action sociale constitue une exigence de l'avancée vers la CSU. Il s'agira de relever les défis de la fonctionnalité des cadres multisectoriels et de la planification intégrée à tous les niveaux de la pyramide.

Ces principales actions seront envisagées : **(i)** la désignation d'un point focal des ministères techniques ; **(ii)** l'harmonisation des outils de planification ; **(iii)** la réalisation d'une planification intégrée avec tous les ministères techniques impliqués et **(iv)** la modélisation de l'approche multisectorielle à travers la mise en place d'une plateforme harmonisée.

De façon plus simple et dans l'esprit de la GAR, il s'agit de promouvoir une multisectorialité de redevabilité pour garantir l'effectivité et l'utilité dans l'approche multisectorielle nécessaire à la promotion de la santé et la prise en charge des déterminants de la santé.

Promouvoir, encourager et soutenir les activités à externalité sanitaire positive des autres secteurs et limiter voire annihiler celles impactant négativement sur la santé des populations seront les principaux défis dans cette approche multisectorielle.

◆ Ligne d'action 12 : Renforcement de la décentralisation

Le MSAS devra : **(i)** mettre en œuvre un vaste programme de renforcement des capacités des Collectivités Territoriales pour l'exercice des compétences transférées ; **(ii)** accompagner les Collectivités Territoriales à donner un contenu à la nouvelle compétence « participation à la CMU » ; **(iii)** mettre un cadre de partenariat avec les Collectivités Territoriales par l'adoption de la convention avec l'Union des Associations des Elus Locaux (UAEL) ; **(iv)** accompagner la mise en œuvre de la réforme portant sur les Comités de Développement Sanitaires (CDS).

RI. 3 : les ressources domestiques et extérieures sont mobilisées

◆ Ligne d'action 13 : Mobilisation des ressources domestiques (Etats et démembrements, secteur privé)

Les actions suivantes seront entreprises afin d'augmenter la contribution de l'état au secteur de la santé et de l'action sociale : **(i)** plaider auprès du gouvernement et de l'Assemblée Nationale pour une augmentation et une sécurisation du budget domestique pour le financement de la santé et de l'action sociale. Le gouvernement pourrait ainsi s'engager, d'ici 2021, sur une progression du budget de la santé et de l'action sociale vers le seuil de 15% du budget national comme recommandé par les chefs d'Etats à Abuja en 2001 ; **(ii)** dialogue avec les Collectivités Territoriales dans le contexte de l'Acte III de la décentralisation afin de les amener à augmenter leur contribution au secteur de la santé ; **(iii)** allègement des procédures de mobilisation des fonds de dotation de la décentralisation, et amélioration de leur prévisibilité. Ces fonds devront être utilisés en cohérence avec les priorités définies au niveau de la planification de la santé et de l'action sociale de la Collectivité Territoriale ; **(iv)** amélioration de la collecte de ressources à partir de la fiscalité locale : elle pourrait contribuer au renforcement des interventions sanitaires des Collectivités Territoriales ; **(v)** exploitation des possibilités offertes par la coopération décentralisée et ; **(vi)** mobilisation des ressources du secteur privé à but lucratif et non lucratif.

◆ Ligne d'action 14 : Développement de financements innovants

Face à la rareté des ressources, des stratégies innovantes seront développées pour une mobilisation accrue de ressources domestiques. Il s'agit notamment de : **(i)** la création d'un Fonds National de Soutien au secteur de la santé et de l'action sociale ; **(ii)** la diversification des sources de financement et ; **(iii)** l'adoption de nouvelles modalités de financement, de gestion et de prestation des services de santé et d'action sociale pour les recentrer sur les besoins des personnes et des communautés.

◆ Ligne d'action 15 : Mutualisation des financements mobilisés par les PTF

Il s'agira de poursuivre la dynamique du « Compact » qui invite à l'alignement du financement extérieur sur les priorités définies par le pays conformément à la Déclaration de Paris : **(i)** mobiliser davantage de ressources auprès des partenaires ; **(ii)** s'assurer de la prédictibilité des ressources par la réalisation des plans de travail annuels budgétisés et ; **(iii)** créer une structure fiduciaire qui mutualisera les différentes ressources des partenaires et facilitera l'exécution des dépenses.

◆ Ligne d'action 16 : Amélioration du niveau d'absorption des ressources mobilisées

Afin d'améliorer le taux d'absorption des ressources mobilisées, les principales actions consisteront à : **(i)** mettre à jour et appliquer le manuel des procédures unifié du PNDSS ; **(ii)** renforcer, à l'aide dudit manuel de procédures, les capacités techniques des chefs de projets, des administrateurs de crédits ou de tout autre responsable en charge de l'exécution des dépenses et de leur justification, aux niveaux central, régional et opérationnel ; **(iii)** renforcer le service de passation des marchés au niveau central et ; **(iv)** monitorer le niveau d'absorption de façon bimestrielle et instituer une alerte.

RI. 4 : les ressources sont utilisées de façon efficiente

◆ Ligne d'action 17 : Développement de mécanismes d'achat stratégique

La rationalisation de l'utilisation des ressources mobilisées passera par le développement de mécanismes d'achat stratégique à travers : **(i)** l'évaluation de la stratégie de Financement Basé sur les Résultats (FBR) ; **(ii)** la sélection et l'extension des modèles de FBR performants ; **(iii)** l'application d'une tarification forfaitaire ; **(iv)** le développement des mécanismes de contractualisation et ; **(v)** le développement du Partenariat Public Privé (PPP) planifié.

◆ Ligne d'action 18 : Développement des mécanismes de redevabilité et de reddition des comptes

La transparence et l'efficience dans l'utilisation des fonds mis à la disposition de la santé et de l'action sociale seront renforcées à travers respectivement la reddition des comptes et la diligence à apporter dans l'exécution budgétaire.

La mise en œuvre des principes de redevabilité et de reddition de comptes sera également renforcée par : **(i)** la transformation des recommandations issues des instances de suivi du PNDSS en directives, dont l'application sera rigoureusement contrôlée ; **(ii)** le compte rendu systématique par les responsables, par écrit, de la mise en œuvre des directives et ; **(iii)** l'élaboration et la soumission régulière de rapports de performance sur les indicateurs du PNDSS.

VI.7.2 Offre de services de santé et d'action sociale

L'offre de services de santé et d'action sociale de qualité passera par la mise en œuvre effective de la carte sanitaire, le renforcement de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International, la gestion améliorée des urgences, la prise en charge du couple mère-enfant, l'amélioration de la disponibilité des médicaments, la promotion de la santé, et l'amélioration de l'assistance médico-sociale et autonomisation des indigents et groupes vulnérables.

RI 5. Le Programme d'Investissement Sectoriel (PIS) est mis en œuvre conformément aux normes de la Carte sanitaire

◆ Ligne d'action 19 : Amélioration de la gouvernance de la Carte sanitaire

L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé et d'action sociale passent par le respect et la mise en œuvre de la carte sanitaire. Pour aller dans ce sens, il sera procédé à : **(i)** une prise en compte de l'action sociale et du service de l'hygiène par une révision de la loi sur la réforme hospitalière ; **(ii)** une meilleure intégration de l'offre du secteur privé non lucratif et lucratif dans la carte sanitaire ; **(iii)** une meilleure collaboration entre les structures publiques et les structures privées de santé ; **(iv)** une incitation à l'investissement privé pour la densification de la carte sanitaire et ; **(v)** un encouragement, une promotion du PPP pour le relèvement du plateau technique et la qualité des prestations.

◆ Ligne d'action 20 : Développement des ressources humaines de qualité à tous les niveaux.

Les actions vont être orientées vers :

- ◆ la résorption des gaps en Ressources Humaines identifiés dans la carte sanitaire qui se fera à travers : **(i)** la poursuite des efforts de recrutement et **(ii)** la mutualisation des ressources notamment avec les possibilités offertes par le secteur privé de la santé et de l'action sociale mais aussi par le Ministère des Forces Armées et les autres acteurs.
- ◆ la gestion prospective des Ressources Humaines à travers quatre actions qui devront être entreprises à savoir : **(i)** l'appropriation du « logiciel Ihris » et son utilisation optimale ; **(ii)** le redéploiement des RH en fonction des gaps régionaux ; **(iii)** le renforcement de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et ; **(iv)** l'utilisation du système d'évaluation des agents basé sur la performance.
- ◆ la répartition équitable du personnel et sa rétention par : **(i)** la mise en œuvre du guide de mobilité ; **(ii)** la fidélisation des personnels notamment en zones difficiles par des mesures incitatives portant sur les conditions d'existence et de travail et ; **(iii)** la promotion de la régionalisation des postes budgétaires ouverts au recrutement des personnels de santé et d'action sociale.
- ◆ l'amélioration de la coordination de la formation par : **(i)** l'élaboration du plan national de formation ; **(ii)** la responsabilisation des Centres Régionaux de Formation en Santé sur la décentralisation de la formation continue ; **(iii)** la systématisation du contrôle des établissements de formation initiale du personnel de santé et de l'action sociale ; **(iv)** la révision de la convention cadre liant le Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ; **(v)** le renforcement de la collaboration avec le secteur privé pour la formation des professionnels de santé et ; **(vi)** l'utilisation de techniques actives, basées sur les TICS, pour la formation continue des agents de santé et d'action sociale.
- ◆ La mise à jour et l'élaboration des documents normatifs relatifs à la gestion des services de santé : guides du MCR, du MCD, de l'ICP, guide des services d'Action sociale.

◆ Ligne d'action 21 : Amélioration de la couverture en infrastructures sanitaires et sociales accessibles et répondant aux normes

Le Programme d'Investissement Sectoriel (PIS), sera révisé sur la base des priorités retenues dans la carte sanitaire. Il va ainsi contribuer à la correction des insuffisances de l'offre de services et de sa répartition spatiale par : **(i)** la résorption des gaps en construction, réhabilitation et équipement des structures sanitaires et sociales, y compris les brigades de l'Hygiène ; **(ii)** la valorisation du pôle santé du PSE, Dakar Médical City (pôles de compétence régionale, structures hospitalières de référence) ; **(iii)** la création des centres régionaux de prise en charge des pathologies mentales incluant les addictions ; **(iv)** la création des centres de rééducation pour les inadaptés sociaux et ; **(v)** le renforcement des services de prise en charge des maladies chroniques.

◆ Ligne d'action 22 : Renforcement de la maintenance, des infrastructures, de la logistique et des équipements à tous les niveaux.

Afin d'assurer la maintenance des équipements des structures sanitaires et sociales, il faudra : **(i)** accompagner les nouvelles acquisitions de plans de maintenance préventive ; **(ii)** renforcer la dotation des services de santé et d'action sociale en logistique et en maintenance ; **(iii)** renforcer la Direction

en charge des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance (DIEM), dans sa mission d'acquisition, de maintenance et de gestion de l'amortissement des équipements et de la logistique ; **(iv)** trouver des mécanismes innovants et pérennes de financement de la maintenance ; **(v)** externaliser si nécessaire la maintenance des équipements lourds et complexes (contrats de maintenance) ; **(vi)** élaborer une stratégie de mise en œuvre de la politique de maintenance et ; **(vii)** tenir en compte la sensibilité genre dans l'acquisition et la maintenance des infrastructures, des équipements et de la logistique.

RI.6 : La sécurité sanitaire nationale et internationale est renforcée

◆ Ligne d'action 23 : Développement de la mise en œuvre du RSI

En sus des actions à caractère institutionnel, législatif et réglementaire envisagées dans la Ligne d'action 1, la stratégie nationale élaborée par le pays sera appliquée.

Il s'agira de mettre en œuvre le « Plan d'Action National pour la Sécurité Sanitaire au Sénégal » (PANSIS), dont les stratégies tournent autour de : **(i)** la prévention afin de réduire l'exposition des individus aux urgences de santé publique ; **(ii)** la détection afin d'avoir une connaissance exacte de la situation et de faire sa notification à temps réel ; **(iii)** la riposte afin d'assurer un contrôle rapide de la menace et **(iv)** la prise en compte des autres dangers dont les urgences de santé publique aux points d'entrée, les événements d'origine chimique et radionucléaire.

S'agissant des points d'entrée, il faudra plus précisément : **(i)** les désigner officiellement en respectant les critères de l'OMS et **(ii)** les doter de ressources pour leur fonctionnement.

Le renforcement de la surveillance des maladies non évitables par la vaccination et des zoonoses nécessitera la mise en place des capacités requises dans le RSI. Ainsi, il sera nécessaire de : **(i)** renforcer les capacités de préparation aux situations d'urgence et aux flambées, y compris les investissements multisectoriels visant à améliorer la prévention contre les épidémies, la détection et la riposte ; **(ii)** améliorer la résilience face aux risques connus et aux menaces potentielles et ; **(iii)** développer la collaboration multisectorielle pour la gouvernance sanitaire dans le cadre du « Onehealth » et ; améliorer la coordination des urgences sanitaires en composant avec le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS).

◆ Ligne d'action 24 : Renforcement du système national de surveillance sanitaire du territoire national et de riposte

Le circuit des informations issues de la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR) devra être mieux défini afin de permettre une alerte précoce et une riposte appropriée. La définition des rôles et des missions des structures intervenant dans la SIMR sera clairement identifiée afin d'éviter les doublons, sources d'inefficacité, pouvant conduire à des retards dans la riposte. A terme, une seule structure opérationnelle pourra être désignée pour conduire le processus de surveillance et de riposte en lien avec le service qui gère l'Information Sanitaire et Sociale

◆ Ligne d'action 25 : Renforcement des interventions en matière de sinistres et catastrophes naturelles.

L'intervention en matière de protection sociale des populations et groupes vulnérables doit s'inscrire dans la dynamique développée par la Stratégie Nationale de la Protection de l'Enfant, dans laquelle le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, coordonne la Commission « Prévention et situations d'urgence ». Le plan de contingence nationale du secteur de la protection de l'enfance, en collaboration avec l'ensemble des acteurs, doit inspirer les approches d'interventions basées sur des protocoles standards et des normes partagées à tous les niveaux du système. Ainsi une équipe d'intervention rapide opérationnelle est mise en place au niveau local, pour la prise en charge efficace et coordonnée des sinistres et catastrophes naturelles.

RI. 7 : La gestion des urgences est renforcée

◆ Ligne d'action 26 : Renforcement du dispositif de régulation de la référence et contre référence

Conformément au principe de « soins continus, globaux et intégrés » rappelés et relancés dans la déclaration de la conférence d'Astana, il s'agira d'éviter la fragmentation et de mettre en place un système d'orientation opérationnel entre les différents niveaux de soins (primaire, secondaire et tertiaire). Pour cela, il s'agira notamment de mettre à jour et rendre opérationnel le « manuel national de stratégies de référence et contre référence ». Ces stratégies comprendront : **(i)** l'actualisation de normes et procédures de référence à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; **(ii)** l'orientation et la formation des acteurs, y compris des acteurs communautaires sur la référence et la contre référence ; **(iii)** la conception et la mise en place d'outils de référence et contre référence dans les formations sanitaires et d'action Sociale et ; **(iv)** l'utilisation des TIC dans la référence et la contre référence.

◆ Ligne d'action 27 : Renforcement du dispositif de gestion des urgences

Pour améliorer la prise en charge préhospitalière et hospitalière des urgences au cours de la prochaine décennie, il sera procédé : **(i)** au relèvement de la capacité d'accueil et de prise en charge des urgences par la décentralisation du SAMU et la mise en place des UAU, des SAU et services de réanimation aux normes sur l'étendue du territoire national ; **(ii)** au renforcement de la capacité managériale et institutionnelle de la gestion des urgences par l'établissement de politiques, normes et protocoles harmonisés et la mise en place d'un système de coordination au niveau régional et national ; **(iii)** à la formation et au déploiement de ressources humaines en qualité et en nombre suffisant, et une application rigoureuse des protocoles répondant aux standards internationaux ; **(iv)** à la mise en place d'un système efficace et coordonné de régulation des urgences dans les hôpitaux ; **(v)** au renforcement des urgences obstétricales et pédiatriques en tenant compte de leurs spécificités ; **(vi)** à la mise en place de mécanismes de gestion des urgences au niveau communautaire ; **(vii)** au renforcement du suivi et évaluation des performances des différentes entités de prise en charge des urgences ; **(viii)** au raffermisssement de la collaboration avec les autres secteurs (Brigade Nationale des Sapeurs-Pompiers et secteur privé) pour la gestion des urgences et catastrophes et ; **(ix)** à la consolidation du dispositif de contrôle sanitaire aux frontières.

◆ Ligne d'action 28 : Renforcement de la gestion des intoxications et envenimations

Il se fera à travers le renforcement de l'offre de services pour une meilleure prévention des intoxications et envenimations, notamment : **(i)** le renforcement du diagnostic au laboratoire des intoxications ; **(ii)** l'amélioration de la réponse téléphonique et de la télésanté pour la gestion des intoxications et envenimations ; **(iii)** la mise en place d'une banque de données sur les produits chimiques et ; **(iv)** le renforcement de la disponibilité des anti-venins et autres antidotes.

◆ Ligne d'action 29 : Amélioration de la prévention et de la prise en charge des traumatismes

La politique nationale de prévention des traumatismes dus aux accidents de la voie publique et à la violence, s'oriente vers les actions prioritaires suivantes : **(i)** le renforcement de capacités des prestataires, en particulier au niveau du système de santé publique (districts), à la prise en charge des traumatismes dûs aux accidents de la circulation et à la violence ; **(ii)** le renforcement de l'offre de services de soins d'urgence (formation, infrastructures et équipements) ; **(iii)** le renforcement de l'offre de chirurgie traumatique et orthopédique par la création de centres d'excellence pour la prise en charge des grands traumatisés, et la promotion de la chirurgie mobile ;

(iv) le renforcement de la prise en charge des accidents domestiques et en particulier des grands brûlés ; (v) le renforcement de l'accompagnement psychosocial des victimes de traumatismes ; (vi) l'amélioration du système d'information et de gestion des données sur les traumatismes et ; (vii) le renforcement de la communication de masse pour un changement de comportement.

◆ Ligne d'action 30 : Lutte contre les violences faites aux femmes et la maltraitance des enfants

Pour la lutte contre les violences faites aux femmes et la maltraitance des enfants, les interventions suivantes seront promues : (i) le renforcement de la prévention des accidents domestiques, violences, Mutilations Génitales Féminines (MGF) et maltraitements à travers les services de santé maternelle et infantile, la santé communautaire et l'action sociale ; (ii) le renforcement du dépistage des situations de violence et maltraitance affectant les enfants ; (iii) l'amélioration de l'offre de services d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil (dans le cadre des services mère-enfant, de santé reproductive et d'action sociale) ; (iv) le renforcement de l'offre de soins aux victimes de violence, en particulier les enfants ; (v) le renforcement de l'offre de services de protection de l'enfance par les services d'action sociale (prévention, identification, prise en charge) et ; (vi) le renforcement du suivi des traumatismes, violences, MGF, maltraitance des enfants, y compris à travers le système d'information sanitaire et sociale.

RI.8 La prise en charge de la santé du couple mère-enfant et des ado-jeunes est améliorée

◆ Ligne d'action 31 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet de services intégré du couple mère-enfant

Cette action devra s'inscrire dans une dynamique : (i) de développement d'un réseau dynamique des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) dans l'ensemble du pays ; (ii) d'amélioration de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par le développement de normes et protocoles en santé de la mère et de l'enfant ; (iii) d'amélioration de la prise en charge du nouveau-né ; (iv) d'amélioration de la prise en charge des avortements ; (v) d'amélioration de la prise en charge holistique des fistules obstétricales en travaillant avec les communautés et en développant leur prise en charge en pratique de routine ; (vi) d'appui à la prévention et d'amélioration de la prise en charge des cancers gynécologiques notamment ceux du col de l'utérus et du sein ; (vii) de renforcement de l'offre des services de planification familiale en élargissant la gamme des produits offerts ; (viii) d'amélioration de la demande de l'offre de services de planification familiale dans les secteurs public, privé et communautaire ; (ix) d'amélioration de la prise en charge des affections de l'enfant ; (x) d'amélioration de la prévention et de la prise en charge de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans ; (xi) de renforcement de la politique d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ; (xii) de renforcement de la gestion des urgences pédiatriques à tous les niveaux du système de santé et ; (xiii) de renforcement de la gestion multisectorielle des actions à haut impact sur la santé de l'enfant.

◆ Ligne d'action 32 : Renforcement de l'offre de service intégré et adapté aux besoins des adolescents et jeunes

Les interventions pour une offre de service intégré adaptée aux adolescents jeunes s'orienteront vers : (i) le renforcement de l'offre de services intégrés et adaptés aux besoins des adolescent(e)s/jeunes selon les standards, en prenant en compte la dimension genre ; (ii) la promotion de comportements responsables par le renforcement de l'éducation sanitaire des adolescent(e)s/jeunes particulièrement ceux en situation de vulnérabilité et ; (iii) le renforcement de la communication pour le changement social et comportemental autour de la santé des adolescent(e)s/jeunes à travers la multisectorialité.

RI.9 Les médicaments et autres produits de santé de qualité sont disponibles

◆ Ligne d'action 33 : Renforcement de la disponibilité des médicaments et autres produits essentiels de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Il se traduira par : **(i)** la finalisation des réformes institutionnelles des différentes entités de la chaîne d'approvisionnement publique (DPM-LNCPM-PNA) ; **(ii)** l'approvisionnement régulier en médicaments et autres produits de santé de qualité grâce à un accroissement de la production locale (renforcement de l'industrie pharmaceutique locale à travers la modification du cadre législatif, réglementaire et fiscal, un accompagnement pour l'accès au financement, la promotion d'un partenariat stratégique entre la PNA et l'industrie pharmaceutique locale) et l'amélioration des différentes composantes de l'approvisionnement ; **(iii)** le respect des bonnes pratiques de stockage sur l'ensemble du territoire national à travers la délocalisation de la PNA, la réhabilitation et/ou la construction de Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) et des autres dépôts de médicaments ; **(iv)** la distribution régulière des médicaments et produits jusqu'au niveau approprié ; **(v)** le renforcement du contrôle technique et réglementaire des médicaments et produits de santé à tous les niveaux et ; **(vi)** le renforcement du Partenariat Public Privé (PPP) dans le secteur pharmaceutique.

◆ Ligne d'action 34 : Renforcement de la disponibilité en produits d'hygiène biocides

Les changements climatiques entraînent l'apparition des phénomènes d'inondations récurrentes qui ont comme conséquences des perturbations dans la qualité de l'eau et dans l'assainissement du cadre de vie. La prévention et la lutte contre les maladies reposent essentiellement sur des actions techniques de lutte antivectorielle nécessitant l'usage de produits d'hygiène biocides. Il s'agira pour cela de rendre disponible en permanence pour le Service National de l'Hygiène un stock de produits (désinsectisants, désinfectants, larvicides et raticides) en quantité et en qualité pour permettre de faire face efficacement à ces situations de risque sanitaire majeure.

◆ Ligne d'action 35 : Renforcement de la disponibilité du sang et dérivés

Cette intervention vise à améliorer la disponibilité de produits sanguins sécurisés et leur utilisation rationnelle. Cela passera par : **(i)** l'adoption de la loi sur la transfusion sanguine ; **(ii)** le renforcement de la promotion du don de sang (sensibilisation, recrutement, fidélisation) ; **(iii)** la sécurisation du sang pour en garantir l'innocuité (le dépistage systématique du VIH, VHB, VHC et syphilis sur tous les dons de sang...) ; **(iv)** la construction et l'équipement de 5 centres régionaux et de 10 postes de transfusion sanguine ; **(v)** le relèvement du plateau technique du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ; **(vi)** la mise en place d'un système pérenne d'assurance qualité ; **(vii)** la mise en place d'un système national informatisé de gestion des données transfusionnelles ; **(viii)** la formation continue des professionnels de santé ; **(ix)** la mise en place d'un réseau de veille sanitaire des agents infectieux émergents et ré-émergents de la transfusion sanguine ; **(x)** la disponibilité des produits dérivés du sang et ; **(xi)** le développement du partenariat et de la recherche dans le domaine de la transfusion sanguine.

◆ Ligne d'action 36 : Renforcement du système d'assurance qualité des médicaments et autres produits de santé

Il est prévu à cet effet : **(i)** une mise en œuvre optimale des fonctions réglementaires avec une réduction des délais de traitement des demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et une informatisation de l'homologation ; **(ii)** un contrôle de la qualité des médicaments ; **(iii)** une bonne couverture des missions d'inspection des sites où sont stockés les médicaments ; **(iv)** une application stricte des dispositions relatives à la Pharmacovigilance ; **(v)** une meilleure gestion des médicaments sous contrôle international et ; **(vi)** une intégration progressive des autres produits de santé dans le système d'assurance qualité.

RI. 10 : Les soins de santé primaires sont renforcés

◆ Ligne d'action 37 : Repositionnement des soins de santé primaires

Pour repositionner les Soins de Santé Primaires (SSP) dans la politique nationale de santé, le Sénégal entend entreprendre les principales actions suivantes : **(i)** le renforcement du cadre institutionnel des soins de santé primaires par la création d'une entité qui aura en charge la promotion et la gestion des soins de santé primaires au Sénégal. Le niveau d'ancrage de cette structure devra être le plus haut au sein de l'administration sanitaire de sorte à indiquer un signal fort dans la prise en compte des recommandations d'Astana. Ce nouvel ancrage devra lui permettre d'agir sur les politiques publiques de santé. Des textes réglementaires définiront le mode d'organisation et de fonctionnement de cette entité ; **(ii)** le renforcement des capacités techniques des acteurs chargés d'animer cette entité devra être une priorité ; **(iii)** la réforme du district sanitaire afin de l'amener à mieux jouer son rôle de niveau opérationnel dans le contexte de la décentralisation ; **(iv)** la révision du paquet minimum d'activités des Centres de santé, Postes de santé et Cases de santé et ; **(v)** la redynamisation des missions de supervisions, coaching et tutorat de ces acteurs du niveau primaire.

◆ Ligne d'action 38 : Amélioration de la qualité des services de santé aux communautés

La qualité des interventions à base communautaire passera par : **(i)** l'élaboration et la révision de documents stratégiques et normatifs tels que le guide des interventions à base communautaire, le document de normes et procédures en santé communautaire ; **(ii)** l'élaboration d'un statut aux différents acteurs communautaires ; **(iii)** la définition claire des différentes catégories d'acteurs communautaires et leur paquet intégré d'activités et ; **(iv)** l'harmonisation de la formation intégrée des agents de santé communautaire.

RI.11 La promotion de la santé et la prévention sont renforcées

◆ Ligne d'action 39 : Promotion de la santé incluant la communication pour le développement

L'opérationnalisation de la politique nationale de promotion de la santé pour contenir la charge de morbidité et créer les conditions favorisant l'avancée vers la CSU est une priorité. Pour cela, le MSAS procédera : **(i)** à un plaidoyer et un partenariat pour l'action sur les déterminants de la santé ; **(ii)** au renforcement des compétences et des capacités des acteurs et des communautés pour une action effective sur les déterminants de la santé, y compris la promotion des pratiques familiales essentielles, la prévention des traumatismes, des violences et des pratiques néfastes envers les femmes et les enfants ; **(iii)** à la réorientation des services de santé en privilégiant la promotion de la santé ; **(iv)** à la mise en place de mécanismes de financement durable pour l'action sur les déterminants de la santé et ; **(v)** à la promotion de la prévention primordiale des principaux déterminants des MNT (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité, abus d'alcool), en collaboration avec les autres secteurs de développement.

◆ Ligne d'action 40 : Renforcement de la prévention primaire à travers des stratégies à efficacité prouvée telle que la vaccination

Il s'agira de poursuivre les interventions en vue de l'éradication, de l'élimination et du contrôle des maladies cibles du Programme Élargi de Vaccination (PEV).

Il faudra aussi : **(i)** augmenter la couverture vaccinale des différents antigènes du PEV ; **(ii)** élargir la gamme des vaccins offerts avec l'introduction des nouveaux vaccins ; **(iii)** garantir une surveillance des maladies évitables par la vaccination et particulièrement en développant la surveillance épidémiologique communautaire ; **(iv)** augmenter la couverture du paquet de soins essentiels et ; **(v)** renforcer l'intégration de paquets de soins essentiels à la plateforme de vaccination.

◆ Ligne d'action 41 : Renforcement de la prévention secondaire y compris les aspects liés à l'aide au diagnostic tels que l'imagerie médicale et le laboratoire

Il passera par :

- a. la promotion de la détection précoce des cas pour les maladies où cette stratégie est efficace avec comme principales étapes l'élaboration de normes et protocoles pour le dépistage des MNT avec prise en compte du niveau communautaire et l'intégration du dépistage précoce des MNT dans l'offre de services de routine en stratégies fixe, avancée, mobile.
- b. la prise en charge effective des cas qui devra être mise en œuvre à travers : **(i)** la mise à jour et l'application des normes et protocoles thérapeutiques ; **(ii)** la prise en charge précoce des cas ; **(iii)** les mesures supplémentaires telles que l'éducation thérapeutique du patient ; **(iv)** le relèvement du plateau de diagnostic consistant à développer le laboratoire ; **(v)** le renforcement de l'imagerie et **(vi)** la promotion des méthodes de diagnostic rapide.

◆ Ligne d'action 42 : Renforcement de la prévention tertiaire et quaternaire

Le dispositif de prévention tertiaire des personnes handicapées et des jeunes inadaptés sociaux sera renforcé par la création de Centres Nationaux de Réinsertion Sociale. Dans le cadre de l'autonomisation des groupes cibles, lesdites structures développeront des programmes ciblés de réadaptation sociale, fonctionnelle et professionnelle.

Dans les situations d'urgences relevant des catastrophes naturelles ou causées par l'homme (accidents, incendies, etc.), la priorité sera de développer le service d'appui psychosocial allant au-delà des premières phases, des situations d'urgence et de désespoir et englobant une réinsertion sociale réussie.

Concernant les maladies graves ou chroniques, il s'agira de procéder, pour les personnes infectées ou affectées : **(i)** à une prise en charge de qualité à savoir : l'accueil, l'orientation, l'accompagnement psychosocial et l'autonomisation et **(ii)** à un renforcement du lien social et du pouvoir d'agir dans le quotidien des personnes.

Pour ce qui est des situations de pauvreté et d'exclusion, il sera question d'assurer un accompagnement psychosocial.

L'accompagnement du malade en fin de vie se fera suivant les normes et protocoles culturellement et socialement acceptables.

◆ Ligne d'action 43 : Amélioration de l'offre de services au niveau communautaire

Le développement de l'offre de services préventif et promotionnel au niveau communautaire se fera à travers : **(i)** la révision périodique des paquets de services ; **(ii)** la mise en place d'un plan de formation intégré et coordonné des acteurs communautaires ; **(iii)** le renforcement des stratégies avancées ; **(iv)** le renforcement de l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC) ; **(v)** la mise à l'échelle des expériences réussies en santé communautaire ; **(vi)** le renforcement des capacités et des stratégies de prévention et de réponses aux violences et pratiques néfastes ; **(vii)** la formulation de normes et protocoles en matière de médiation familiale et **(viii)** le renforcement des capacités des acteurs communautaires en médiation familiale.

RI.12. La lutte contre les endémies majeures est améliorée

◆ Ligne d'action 44 : Renforcement des interventions visant à contrôler, éliminer et éradiquer les maladies transmissibles prioritaires

Selon la maladie concernée, différentes interventions à efficacité prouvée seront mises en œuvre :

PALUDISME

Il s'agira d'accélérer le contrôle du paludisme en vue de sa pré-élimination.

L'essentiel des actions contribueront à : **(i)** renforcer les capacités managériales et opérationnelles à tous les niveaux ; **(ii)** amener la population à dormir sous MILDA, protéger la population par les AID au niveau des zones ciblées et traiter les gîtes larvaires productifs dans les zones ciblées ; **(iii)** assurer une disponibilité permanente en médicaments et produits de lutte contre le paludisme ; **(iv)** amener la population à adopter des comportements favorables à la prévention et à la prise en charge du paludisme ; **(v)** introduire la biologie moléculaire dans les zones de faible prévalence, diagnostiquer tous les cas suspects de paludisme par TDR et/ou goutte épaisse, et traiter tous les cas confirmés de paludisme selon les directives nationales avec des médicaments antipaludiques sûrs et efficaces ; **(vi)** détecter dans la semaine toutes les épidémies et situations d'urgence avec un système d'alerte précoce et contrôler ces épidémies et situations d'urgence dans les deux semaines suivant leur détection et **(vii)** assurer la promptitude et la complétude des données à tous les niveaux et assurer le renforcement et la mise en œuvre d'activités de recherche opérationnelle.

TUBERCULOSE

Les interventions de lutte s'aligneront aux priorités nationales avec une attention particulière qui sera accordée à la vision et aux nouvelles orientations de « End TB Strategy ». Pour réduire respectivement la morbidité et la mortalité de 90% et de 95% en 2030, la lutte va consolider l'introduction de nouvelles technologies diagnostiques, intensifier la détection des cas manquants, améliorer la prise en charge thérapeutique des malades, renforcer les interventions communautaires et faire face à la problématique de la tuberculose pharmaco-résistante.

Les actions viseront à : **(i)** augmenter les capacités techniques des laboratoires par la mise à l'échelle des nouveaux outils diagnostiques (Tests Xpert, MIF, tests de sensibilité) ; **(ii)** renforcer l'accès au diagnostic et à la prévention de la tuberculose au profit des groupes à haut risque, aux patients avec comorbidité et aux populations vulnérables (cas contacts, enfants, détenus, PVVIH, diabétiques, miniers, populations vivant dans les conditions de promiscuité) ; **(iii)** rendre disponible les antituberculeux de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne, les médicaments adjuvants de la tuberculose pharmacorésistante, les consommables et intrants de laboratoire ; **(iv)** intensifier la collaboration avec les communautés, le secteur privé, les départements ministériels pour la prévention, le diagnostic et le suivi du traitement de la tuberculose ; **(v)** évaluer les dépenses catastrophiques liées à la maladie et agir sur les déterminants sociaux et **(vi)** mettre en place un environnement favorable à la recherche opérationnelle en ce qui concerne la prévention et les soins pour la tuberculose.

VIH SIDA

A l'instar de la communauté internationale, le Sénégal s'est fixé comme objectif, l'atteinte des trois 90 d'ici 2020 en vue de l'élimination du VIH à l'horizon 2030. Pour cela, il faut : **(i)** passer à l'échelle le dépistage démedicalisé utilisant les autotests pour l'atteinte du premier 90, avec une stratégie de ciblage des populations clés et groupes vulnérables ; **(ii)** rendre disponibles les nouvelles molécules et améliorer la rétention dans les soins pour l'atteinte du deuxième 90 ; **(iii)** rendre accessible le monitoring par la charge virale en veillant à une bonne fonctionnalité des plateformes, l'accès aux « Point Of care » et la pérennisation de la chaîne d'approvisionnement en intrants et réactifs pour l'atteinte du troisième 90 et ; **(iv)** assurer le suivi et l'évaluation des interventions à tous les niveaux.

HEPATITES

La lutte contre les hépatites se fera par : **(i)** le renforcement de la disponibilité des Kits de diagnostic du Virus Hépatite B et du Virus Hépatite C ; **(ii)** la vaccination des populations à risque AgHBs négatifs ; **(iii)** une campagne nationale de communication sur les Hépatites ; **(iv)** une disponibilité des tests d'identification des porteurs chroniques éligibles à un traitement et ; **(v)** la décentralisation effective du traitement.

◆ Ligne d'action 45 : Renforcement des interventions visant à contrôler, éliminer et éradiquer les maladies tropicales négligées

Malgré les progrès réalisés dans le cadre de la lutte contre les MTN, d'énormes défis restent à relever. Les actions consisteront essentiellement : **(i)** au renforcement de la prise en compte de la composante « Eau-Hygiène-Assainissement » dans les politiques socio-sanitaires ; **(ii)** à l'appropriation de la lutte contre les MTN par les communautés ; **(iii)** à la mobilisation des ressources nécessaires ; **(iv)** à la poursuite des campagnes de distribution de masse de médicaments dans tous les districts éligibles ; **(v)** à la prise en charge accélérée de la morbidité liée à la filariose lymphatique et au trachome (trichiasis) ; **(vi)** au renforcement du dépistage et/ou de la prise en charge précoce des cas de lèpre, de l'envenimation, de la leishmaniose cutanée, de la gale et des mycétomes ; **(vii)** à la réduction du risque d'exposition humaine à la rage ; **(viii)** au suivi et à l'évaluation des interventions (enquêtes d'impact et de réévaluation de la prévalence) ; **(ix)** à la mise en place des comités pour l'élaboration et la soumission des dossiers d'élimination en 2020 du Trachome et de l'Onchocercose ; **(x)** au renforcement des capacités des acteurs intervenant dans la lutte contre les MTN à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; **(xi)** à la mise en œuvre des plans de communication sur les MTN ; **(xii)** à la lutte antivectorielle (dengue, bilharziose) et ; **(xiii)** à la surveillance des districts en arrêt de traitement de masse contre les MTN à chimiothérapie préventive de masse.

◆ Ligne d'action 46 : Prise en charge préventive et curative des maladies non transmissibles

Pour une prise en charge préventive et curative efficace des MNT, il faudra : **(i)** mettre en place un cadre multisectoriel de lutte contre les MNT, pour développer les actions préventives comme l'exercice physique, la lutte contre le tabagisme, l'abus d'alcool et la mauvaise alimentation ; **(ii)** développer le Partenariat Public Privé (PPP) pour mobiliser les ressources ; **(iii)** promouvoir la mobilisation de ressources endogènes ; **(iv)** renforcer la sensibilisation à l'endroit des populations ; **(v)** renforcer le système de santé à tous les niveaux de la pyramide, en vue d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge appropriée et efficiente des maladies non transmissibles et ; **(vi)** développer le dépistage, la surveillance, la recherche opérationnelle, le suivi et l'évaluation des interventions sur les MNT.

Une priorité absolue sera accordée à la prise en charge des complications en renforçant la lutte contre l'insuffisance rénale par : **(i)** la prévention de la maladie rénale ; **(ii)** l'implantation de nouveaux centres de dialyse ; **(iii)** la formation de spécialistes en néphrologie et ; **(iv)** l'effectivité de la transplantation rénale.

Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, les actions seront : **(i)** la promotion de la santé bucco-dentaire ; **(ii)** l'élaboration et la mise en place d'un plan de communication ; **(iii)** le renforcement des capacités du personnel socio-sanitaire non professionnel dentaire pour la prise en charge précoce des affections bucco-dentaires ; **(iv)** l'orientation des personnels communautaires pour une meilleure prévention des affections bucco-dentaires et une promotion de la santé bucco-dentaire auprès des populations ; **(v)** la mise en place des mécanismes de maintenance préventive et curative du matériel des cabinets dentaires ; **(vi)** la diversification de l'offre en soins bucco-dentaires avec la prise en compte des soins de réhabilitation prothétique dentaire dans les structures publiques ; **(vii)** le renforcement de l'équipe du chirurgien-dentiste avec la reconnaissance officielle du corps de l'assistant au fauteuil dentaire au sein de cette l'équipe et ; **(viii)** la mise en place d'un système de certification « ISO » pour les cabinets dentaires.

L'amélioration du taux de chirurgie de la cataracte à l'échelle du pays se fera par une disponibilité d'infrastructures de qualité et du personnel qualifié, en quantité suffisante et bien réparti. L'approche préconisée par l'OOAS en termes de formation d'opérateurs de la cataracte de niveau infirmier diplômée sera utilisée.

◆ **Ligne d'action 47 : Promotion de la Santé Mentale**

Les interventions prioritaires pour la Promotion de la santé mentale seront : **(i)** la mise en place d'un Comité National Ad-Hoc intégrant tous les acteurs de la Santé Mentale pour l'élaboration et le suivi de la stratégie nationale Santé Mentale ; **(ii)** le renforcement des offres de services en Santé Mentale à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; **(iii)** le développement d'une stratégie de promotion de la Santé Mentale communautaire par la formation des pairs-à-l'écoute ; **(iv)** la mise en place d'un fond de gratuité pour l'assistance des malades mentaux en situation de précarité et ; **(v)** la création de centres de prise en charge intégrée des addictions dans les régions du Sénégal.

◆ **Ligne d'action 48 : Renforcement de l'intégration des services de médecine traditionnelle et de phytothérapie dans le dispositif d'offre de santé**

Ce renforcement passera par : **(i)** la promotion de produits de santé à base de plantes locales ; **(ii)** la collaboration entre Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) et les praticiens de la médecine conventionnelle ; **(iii)** la formation des PMT sur un paquet de service harmonisé et adapté ; **(iv)** la capacitation des PMT dans la promotion, la prévention et les soins et **(v)** la valorisation des résultats de la recherche dans le domaine de la médecine traditionnelle.

VI.7.3 Promotion de la protection sociale dans le secteur

Les ambitions du secteur en termes d'extension de la couverture de protection sociale se justifient par sa position dans les orientations stratégiques du PSE. Dans ce PNDSS, l'approche qui repose sur trois dimensions de la protection sociale, que sont : l'assurance maladie, l'assistance médico-sociale et l'autonomisation, sera opérationnalisée à travers les lignes d'action qui suivent.

RI.13 Les mécanismes de mise en œuvre de l'assurance maladie sont renforcés

Ce renforcement passera par :

◆ Ligne d'action 49 : Portabilité²⁴ de la couverture du risque maladie

La mise en place d'un dispositif de portabilité géographique, qui permet à un bénéficiaire de rester couvert par sa mutuelle de santé même en dehors de la zone de couverture de celle-ci, se fera par : **(i)** la mise en place d'un système fiable d'informations et de gestion pour les structures mutualistes, **(ii)** l'harmonisation des outils d'accès aux prestations et ; **(iii)** la simplification davantage de procédures de remboursements entre mutuelles. En outre, un manuel de procédures de la portabilité devra être élaboré. La mise en œuvre du module SIBIO du SIGICMU avec l'appui de l'ADIE constitue une opportunité pour accélérer la mise en place du dispositif de portabilité.

◆ Ligne d'action 50 : Professionnalisation de la gestion des organisations mutualistes

Pour la réalisation de cette ligne d'action, il est important pour le MSAS de : **(i)** renforcer les capacités de gestion des organisations mutualistes au niveau départemental ; **(ii)** de pérenniser, en collaboration avec les collectivités territoriales, l'attribution d'indemnités aux gérants ; **(iii)** d'appuyer l'acquisition d'un siège à chaque mutuelle de santé et ; **(iv)** d'initier le versement des cotisations par la mise en place d'un système de paiement électronique.

Le renforcement des dispositifs de contrôle et de gestion des risques dans le contexte du règlement d'exécution de l'UEMOA constitue aussi un enjeu majeur pour une professionnalisation.

◆ Ligne d'action 51 : Extension de la couverture du risque maladie (Ex : mutuelles de santé, imputation budgétaire, etc...)

Pour la réalisation des objectifs du PNDSS en termes d'extension, il est nécessaire de promouvoir : **(i)** les mécanismes d'adhésion à caractère obligatoire à un régime assurantiel de son choix pour l'obtention de certains documents et avantages administratifs (Permis de conduire, etc.) et **(ii)** l'adhésion de groupe ou les affiliations systématiques (CMU-Elève, CMU-Daara, mutuelles d'envergure nationale). Les stratégies d'enrôlement des cibles indigentes en demande de soins coûteux et leur enrôlement dans les mutuelles doivent enfin être renforcées et mises en cohérence.

Le régime d'imputation budgétaire doit être amélioré à travers une décentralisation par le biais d'une réforme dans ce sens par le MEFP.

²⁴ La portabilité géographique permet à un bénéficiaire de rester couvert par sa mutuelle de santé, même en dehors de la zone de couverture de celle-ci.

RI.14 Les différentes interventions pour une protection sociale efficace et efficiente sont mises en cohérence

◆ Ligne d'action 52 : Développement d'un paquet de soins de base

La diversité des paquets de base selon les régimes existants, nécessite une harmonisation pour plus d'équité dans l'accès aux soins. Pour l'instauration d'un paquet de bénéficiaires de base garanti dans le cadre du PNDSS, il est nécessaire pour le MSAS de procéder à une évaluation des paquets existants, d'engager des études et de dégager un paquet unique de soins de base.

Le MSAS proposera un paquet de soins de base ainsi qu'une tarification soutenue par une étude des coûts des actes essentiels. Le paquet de soins devra s'inspirer largement du paquet minimum d'activités (PMA) et du paquet complémentaire d'activités (PCA) disponibles en fonction de la pyramide sanitaire.

L'effectivité d'un paquet de bénéficiaires de base, garanti à toute la population, facilite l'évaluation de la couverture de la population.

◆ Ligne d'action 53 : Amélioration du ciblage des bénéficiaires

Les défis majeurs de la mise en œuvre des différents régimes de couverture portent sur le ciblage des divers bénéficiaires et l'utilisation des services par les ayants droits. Pour cela, il s'agira de procéder à un ciblage des autres groupes vulnérables spécifiques (enfants talibés, personnes handicapées, PVVIH, personnes âgées) et le reversement des données validées dans le Registre National Unifié (RNU).

Le ciblage sera consolidé par l'interfaçage des systèmes d'information de l'ACMU, de la DGAS, de la Direction de la Solde, de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES), de la Direction Générale de la Protection Sociale et de la Solidarité Nationale (DGPSN) entre autres, pour optimiser l'utilisation des ressources financières.

La mise en œuvre de la convention entre le MSAS et la DGPSN permettra d'optimiser et de rationaliser les interventions des parties prenantes.

◆ Ligne d'action 54 : Renforcement des cadres de collaboration avec les institutions mutualistes

Au Sénégal, la couverture du risque maladie des populations du secteur informel et du monde rural est institutionnellement portée par les mutuelles de santé qui constituent une réelle opportunité pour le MSAS. Les organisations mutualistes devront : **(i)** être mises à niveau sur les grandes orientations stratégiques du secteur ; **(ii)** être intégrées dans les cadres de gouvernance existants à différents niveaux du système de santé pour plus de responsabilisation et ; **(iii)** être partenaires dans la promotion et la prévention des risques sanitaires.

◆ Ligne d'action 55 : Développement des mécanismes de mise en œuvre de la Loi d'Orientation Sociale

La troisième phase du programme national de réadaptation à base communautaire (décret n°2018- 1238 du 05 juillet 2018), et le programme de la carte d'égalité des chances, entre autres initiatives, consacrent la mise en œuvre de la loi d'orientation sociale en faveur des personnes handicapées.

La mise en œuvre intégrale de ces programmes nécessite : **(i)** l'adoption des textes d'application de la loi d'orientation sociale et le renforcement du cadre institutionnel des services centraux et déconcentrés de l'action sociale ; **(ii)** l'amélioration de la répartition géographique des spécialités médicales relatives au handicap et des structures prestataires de soins en appareillage et réadaptation physique et fonctionnelle ; **(iii)** la formation continue des enseignants en pédagogie spéciale ; **(iv)** l'amélioration de la répartition géographique des équipements et infrastructures scolaires spéciales et ; **(v)** la mise en place d'un fonds d'appui aux personnes handicapées pour le financement des besoins à caractère économique et social pour l'autonomisation des personnes handicapées.

◆ Ligne d'action 56 : Renforcement de l'Assurance Maladie Obligatoire

Les défis majeurs associés à l'extension de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) portent principalement sur l'enrôlement de l'ensemble des ayants droit du fait de la forte évasion sociale et l'amélioration de la gouvernance des IPM. A ce titre, il est nécessaire pour le Ministère en charge du travail de mettre en place des dispositifs de lutte contre l'évasion sociale, d'informations et de sensibilisation des entreprises et enfin de renforcer les capacités de l'ICAMO. La mise en œuvre du Plan Stratégique de l'ICAMO permettra de procéder au renforcement de l'AMO.

◆ Ligne d'action 57 : Réduction de la fragmentation des régimes de couverture

La coordination générale des régimes de couverture doit se faire de manière à atténuer la fragmentation. Pour cela il faut unifier le dispositif et mettre en place la Caisse Autonome de Protection Sociale Universelle (CAPSU). Un système d'informations intégré constitue une opportunité pour la mise en place du système unifié.

RI.15 : La participation et l'engagement communautaire sont effectifs

◆ Ligne d'action 58 : Renforcement de l'engagement communautaire à travers les mutuelles de santé.

Au Sénégal, la protection contre le risque financier lié à la maladie pour les populations du secteur informel et du monde rural est confiée aux mutuelles de santé en tant qu'organisation communautaire dédiée. Compte tenu du large potentiel des communautés regroupées dans les MS (proximité, contrôle social, financement, etc.), le MSAS doit : **(i)** mettre en place un cadre contractuel avec les MS à tous les niveaux (Régional et district) pour leur implication dans les programmes prioritaires ; **(ii)** développer au niveau des structures un dispositif de gestion des plaintes et feed back des malades à confier aux MS ; **(iii)** fournir aux représentants des MS une accréditation afin de faciliter les interactions avec les responsables des structures et **(iv)** institutionnaliser un schéma de distribution communautaire des produits et informations sanitaires par le biais des mutuelles de santé.

Le développement des sessions de dialogue communautaire au niveau de la base constitue une opportunité de mobilisation et d'évaluation de l'engagement communautaire.

◆ Ligne d'action 59 : Renforcement de l'autonomisation des populations, particulièrement des groupes vulnérables

Le relèvement du défi lié à l'assistance des personnes vulnérables passera par l'autonomisation de ces groupes cibles. Le renforcement de cette approche privilégiée dans la perspective de la couverture sanitaire universelle, requiert : **(i)** le renforcement des capacités institutionnelles et des structures de la Direction Générale de l'Action Sociale (équipement, renforcement de capacités) ; **(ii)** le renforcement des capacités et du leadership des acteurs locaux et Organisations communautaires de base dans la prévention et la prise en charge de la vulnérabilité et ; **(iii)** l'accroissement des capacités financières des groupes vulnérables à travers le financement des projets économiques.

◆ Ligne d'action 60 : Opérationnalisation de la compétence des Collectivités Territoriales en matière de couverture maladie universelle et de gestion de la vulnérabilité

Pour développer un partenariat dynamique avec les CT au niveau national et local, il est nécessaire de : **(i)** renforcer les organes locaux de gestion de la vulnérabilité (commissions et comités RBC, PAPA...) ; **(ii)** renforcer les capacités des élus locaux sur les grandes orientations du secteur ; **(iii)** plaider pour une mobilisation accrue de ressources financières pour l'appui aux personnes vulnérables ; **(iv)** évaluer de façon exhaustive les appuis des Collectivités Territoriales à la CMU et **(v)** définir une note d'orientation portant sur les modalités de participation à la CMU.







**VII CADRE DE MISE
EN ŒUVRE**

VII.1 Mécanismes institutionnels de pilotage, de coordination et d'exécution du plan aux différents niveaux du système

VII.1.1 Coordination et pilotage

VII.1.1.1 Niveau Central

☐ Le Comité de Pilotage du PNDSS (CP/PNDSS)

Il est présidé par le Ministre en charge de la Santé et de l'Action Sociale, et regroupe tous les secteurs concernés. Afin d'asseoir la dimension multisectorielle, les cadres existants serviront de supports.

La réunion du comité de pilotage du PNDSS se tient au moins une fois par an.

La composition ainsi que les missions de ce comité sont fixées par arrêté du Ministre en charge de la Santé et de l'Action Sociale. Ce dernier peut au besoin solliciter le Ministre Secrétaire général du gouvernement pour la tenue d'un comité interministériel.

Dans le cadre de l'accomplissement de ses missions, le comité de pilotage peut créer des organes techniques dont l'objectif est d'appuyer la mise en œuvre du PNDSS.

☐ La réunion de coordination du Ministère

Elle se tient au moins une fois par semaine et a pour objet :

- ◆ examiner les dossiers à l'ordre du jour en Conseil des Ministres ;
- ◆ finaliser les notes techniques sur les dossiers en Conseil des Ministres ;
- ◆ arrêter les modalités de mise en œuvre des instructions du Conseil des Ministres ;
- ◆ faire le point d'exécution des activités du Ministère et des arbitrages nécessaires ;
- ◆ faire le suivi/revue des recommandations sectorielles (en sessions spéciales – cf. matrice de suivi des recommandations sectorielles).

Cette réunion de coordination regroupe le Directeur de Cabinet du Ministre, le Secrétaire Général du Ministère, les Conseillers Techniques du Ministre, les Directeurs généraux, les Directeurs nationaux ou assimilés, les agences et services rattachés.

☐ Le cadre de coordination mensuelle des Directions et Services nationaux

Chaque Direction et Service national tient une réunion de coordination mensuelle à l'issue de laquelle un rapport est produit et fera l'objet d'un suivi jusqu'à la prochaine réunion. En cas de nécessité, une autre réunion peut être convoquée à cet effet.

☐ Le cadre de coordination trimestrielle des Programmes du DPPD

Chaque Programme du DPPD tient sa coordination trimestrielle et produit un rapport qui fera l'objet d'un suivi jusqu'à la prochaine réunion.

☐ Le cadre de coordination trimestrielle de la plateforme RSS

Ce cadre ou plateforme a pour mission d'assurer la coordination des interventions, projets et programmes de Renforcement du Système de Santé. Il constitue le comité de pilotage des interventions dans le domaine du RSS.

La réunion de la plateforme RSS se tient au moins une fois par semestre.

VII.1.1.2 Niveau régional

☐ Réunion de coordination trimestrielle de la Région

Elle est l'occasion de partager des informations, de discuter des problèmes liés aux interventions dans le secteur, d'évaluer le plan trimestriel des structures et de corriger des problèmes identifiés. Il s'agit d'une réunion participative et inclusive autour des acteurs de la région. Les recommandations issues de la réunion seront déclinées dans un plan d'action et intégrées dans le plan de travail du trimestre suivant. Après chaque réunion, un rapport est produit et transmis aux autorités compétentes.

Des Comités Régionaux de Développement (CRD) et des cadres de concertation sur le secteur sont organisés en cas de besoin.

VII.1.1.3 Niveau Départemental

☐ Réunion de coordination du district

Cette réunion permet de partager des informations, de discuter des problèmes liés aux interventions dans le secteur, d'évaluer le plan d'action mensuel des postes et centres de santé et corriger des problèmes identifiés. Ces stratégies correctrices sont intégrées dans le plan de travail du mois suivant. La réunion se tient sous la présidence du responsable du District avec la participation des acteurs. A l'issue de cette réunion, un rapport doit être produit et transmis aux autorités compétentes. Des Comités Départementaux de Développement (CDD) et des cadres de concertation sur le secteur peuvent être organisés en cas de besoin.

☐ Réunion de coordination de la circonscription administrative

Elle concerne les départements disposant de plus d'un District. Elle se tient à l'initiative du Médecin Chef de District chef-lieu de département.

☐ Réunion trimestrielle des organes locaux de gestion de la vulnérabilité

Les organes locaux de gestion de la vulnérabilité ont été créés dans le cadre de la mise en œuvre du PNRBC, de la carte d'égalité des chances et de la loi d'orientation sociale 2010-15 du 6 juillet 2010, relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées.

VII.1.1.4 Niveau communautaire

☐ Réunion de coordination mensuelle du poste et de la case de Santé

Elle se tient avec les acteurs communautaires de la zone de responsabilité du poste de santé et permet de partager des informations, de discuter des problèmes liés aux interventions et corriger des problèmes identifiés. Elle permet également de planifier les activités prévues.

VII.1.2 Mécanismes de mise en œuvre du PNDSS

VII.1.2.1 Instruments de planification et de mise en œuvre

Les instruments ci-dessous permettront une meilleure planification et une mise en œuvre :

☐ Programme d'investissements sectoriels

Il regroupe sur un horizon de cinq ans tous les investissements prioritaires du PNDSS à inscrire dans le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD). Le financement est assuré par différentes sources que sont l'Etat à travers le PTIP, les Collectivités Territoriales, l'aide extérieure, les communautés et le secteur privé.

❑ Plan Stratégique des Programmes

Il s'agit d'un document de planification établissant une série d'actions pour atteindre des objectifs dans un délai raisonnable. Chaque Direction à travers ses programmes doit élaborer son plan Stratégique. Ce dernier doit être en cohérence avec les orientations et l'échéance du PNDSS.

❑ Projet d'établissement

Il s'agit d'un outil de planification stratégique qui permet de déterminer la prospective de l'établissement sur les 5 ans dans un contexte de gouvernance sanitaire améliorée et de Gestion Axée sur les Résultats. Il concrétise surtout la démarche participative recherchée et la réflexion sur l'ensemble des secteurs d'activités médicaux, médicotechniques, logistiques et administratifs.

❑ Projet et programme

Sous la coordination du Ministère en charge des finances, les projets et programmes sectoriels sont élaborés et font l'objet d'une sélection. Au sein du MSAS, une sélection préalable des projets ou programme est réalisée en interne par le comité de maturation des projets du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale composé des directions techniques comme la DIEM, DES, DAGE, DRH, DLM, DP, DPM, l'ACMU, le SAMU et élargie aux besoins des autres services valide tous les projets qui lui sont soumis avant de les transmettre à la Direction Générale de la Planification et des Politiques Économiques (DGPPE) du Ministère en charge des finances.

❑ Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses

Il s'agit du pendant sectoriel du Document de Programmation Budgétaire Économique Pluriannuelle (DPBEP). C'est un instrument de dépense, issu de la planification stratégique et servant à la mise en œuvre des plans d'actions pour trois ans ; il est mis à jour chaque année. Il est articulé autour des points suivants : les orientations stratégiques du secteur, le contexte de l'action ministérielle, la programmation budgétaire et pluriannuelle et le dispositif de suivi évaluation.

❑ Projet Annuel de Performances

Il accompagne le DPPD et est mis à jour annuellement. Chaque programme dispose d'un projet annuel de performances qui doit présenter les actions et projets prévus par le programme, les coûts associés, les objectifs poursuivis, les résultats obtenus et attendus pour les années à venir mesurés par des indicateurs de performance.

❑ Plan de Travail Annuel (PTA)

Il permet d'opérationnaliser le DPPD en traduisant sa première année d'exécution. Il est élaboré par tous les Centres de responsabilité du MSAS. Les PTA des Districts prennent en compte les Plans Opérationnels des Collectivités Territoriales (POCT-Santé) qui intègrent les plans d'action des Comités de Développement Sanitaire (CDS). Les PTA collectés font l'objet d'une vérification, d'une synthèse nationale et d'une validation par programme du DPPD. Ce dernier constitue le support pour l'élaboration du budget du MSAS et la base de données de projets ou programmes.

❑ Plan de Travail Trimestriel (PTT)

Le plan de travail trimestriel permet d'assurer le suivi des PTA et d'évaluer les résultats enregistrés par trimestre. Il sert également de chronogramme pour le prochain trimestre.

❑ POCT-Santé

Le Plan Opérationnel des Collectivités Territoriales -Santé (POCT-Santé) représente un outil de planification intégré, élaboré par les Collectivités Territoriales (commune) pour opérationnaliser leur développement sanitaire.

Il est élaboré à partir du Plan d'Investissement annuel et du Plan de Développement communal. Il est intégré dans le Plan de Travail Annuel (PTA) du district sanitaire. Il favorise l'utilisation rationnelle des ressources de la commune pour atteindre les objectifs de développement sanitaire.

□ Plan d'Action Annuel du CDS

Il est attendu du CDS du Poste ou du Centre de santé, l'élaboration d'un plan d'action annuel qui constitue le seul cadre de dépense. Ce plan d'action devra prendre en compte les missions du CDS et les priorités des programmes de santé.

Élaboré sur la base du modèle du POCT, ce plan d'actions contribue à l'atteinte des objectifs des programmes du DPPD. Il prend en compte entre autres domaines : la Promotion de la santé, la Promotion de la participation des populations, la mobilisation des populations pour la promotion de la santé, l'amélioration de la qualité des prestations, la promotion de l'accès des indigents et groupes vulnérables aux soins de santé, le plaidoyer pour le financement de la santé par les Collectivités Territoriales et les Partenaires Techniques et Financiers et la promotion des Mutuelles de Santé.

Le plan d'action CDS est intégré au POCT-Santé.

VII.1.2.2 Financement

□ Sources du financement du PNDSS

L'Etat constitue la principale source de financement du PNDSS avec 71 % du financement total, suivi des Partenaires Techniques et Financiers avec 11%. La contribution des Collectivités Territoriales est de 7%. Celle des ménages dans le financement total du PDNSS est de 6% alors que le secteur privé non sanitaire (RSE) contribue à hauteur de 5%.

□ Gestion des ressources

La réforme du cadre harmonisé des finances publiques induite par les nouvelles directives communautaires a apporté des innovations majeures dans la gestion des ressources publiques.

Cette réforme s'inscrit dans deux logiques :

- ◆ une logique politique matérialisée par la transparence des dépenses et des recettes publiques et ;
- ◆ une logique économique mise en œuvre à travers la performance ou l'efficacité de la gestion publique.

Désormais, la gestion du financement de l'Etat se fera en cohérence avec le nouveau dispositif législatif et réglementaire relatif aux finances publiques tel qu'il résulte, entre autres, de la loi organique n°2011-15 du 8 juillet 2011 relative aux lois de finances, du décret n°2011-188 du 24 novembre 2011 portant règlement général sur la comptabilité publique, mais également du code de transparence. Ces textes internalisent les nouvelles directives communautaires portant sur les mêmes objets et portent l'identité même de la réforme.

Ils responsabilisent davantage les ministères sectoriels dans la gestion des ressources. Cette responsabilisation est matérialisée par : **(i)** l'instauration de nouvelles règles de gestion adaptées à la méthode de gestion budgétaire axée sur les résultats et favorables à la soutenabilité de la politique budgétaire ; **(ii)** l'amélioration de l'efficacité de la dépense publique à travers l'élaboration d'un budget programme et la mesure de la performance de l'action publique ; **(iii)** la déconcentration du pouvoir d'ordonnateur principal des dépenses, jusque-là dévolu au Ministre chargé des Finances et **(iv)** l'amélioration de la transparence à travers le renforcement du contrôle.

Plus précisément, la gestion des ressources de l'Etat sera confiée à un nouvel acteur, dénommé « Responsable de programme » qui sera au cœur du dispositif de gestion. Ce dernier, sur la base des objectifs généraux fixés par le ministre sectoriel, détermine les objectifs spécifiques, affecte les moyens et contrôle les résultats des services chargés de la mise en œuvre du programme. Il est personnellement responsable de l'atteinte ou non des objectifs de performance fixés au programme dans les conditions d'efficacité, d'économie et d'efficience.

Cette responsabilisation s'accompagne d'un renforcement du dispositif de contrôle interne, mais également externe. A ce titre, les contrôleurs financiers nommés par le Ministre chargé des finances et placés auprès des ministres ordonnateurs évaluent a posteriori les résultats et les performances des programmes, au regard des objectifs fixés, des moyens utilisés et de l'organisation des services des ordonnateurs.

Le contrôle externe exercé par la Cour des Comptes est également renforcé. La Cour des Comptes est désormais habilitée à contrôler les résultats des programmes et à en évaluer l'efficacité, l'économie et l'efficience. Elle émet également un avis sur le système de contrôle interne et le dispositif de contrôle de gestion mis en place par le responsable de programme.

Relativement à la gestion des ressources injectées par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), le ministère en charge de la santé est le principal bénéficiaire de ces ressources allouées au secteur de la santé.

La gestion de ces ressources se fera conformément aux conventions de financement, aux dispositions du manuel de procédures du PNDSS qui décrit dans les détails les procédures de gestion desdits fonds ou aux dispositions spécifiques pour lesquelles il faudra se référer aux documents de projet.

La gestion des fonds des Collectivités Territoriales s'adossera sur les dispositions du Code Général des Collectivités Territoriales, mais également sur celles relatives au cadre juridique fixant le régime financier de ces collectivités.

Les principes de gestion axée sur les résultats, de transparence et d'efficience guideront la gestion des fonds provenant de l'Etat et des PTF conformément à l'esprit du cadre harmonisé des finances publiques, de la Déclaration de Paris mais aussi des orientations dégagées par la SNFS en la matière.

Ces mêmes principes guideront également les ressources injectées par le secteur privé qui peuvent prendre plusieurs formes, les Collectivités Territoriales, mais également la population.

VII.2 Acteurs du PNDSS

La mise en œuvre du PNDSS fait intervenir, entre autres, plusieurs acteurs. Il s'agit :

- ◆ **du Ministère en charge de l'Economie, des Finances et du Plan** : Il apporte le financement public pour le secteur de la santé. Il gère les accords de coopération bilatérale, un volet de protection sociale à travers les imputations budgétaires et le Fonds National de Retraite. C'est un intervenant clef dans le Système d'Information Sanitaire, dans l'élaboration des comptes nationaux de la santé et des EDS.
- ◆ **du Ministère des Forces Armées** : Il gère un dispositif important d'offre de services sanitaire et social (2 hôpitaux et plusieurs centres de santé et postes de santé). Il renforce le ministère en ressources humaines de qualité.
- ◆ **du Ministère de l'Intérieur** : Il intervient dans la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (gestion des frontières, maritimes et aériennes et terrestres), dans la gestion des problèmes liés à la résilience et aux contingences à travers le plan ORSEC.
- ◆ **du Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur** : Il intervient dans la mise en œuvre de ce plan à travers la recherche, la formation, le fonctionnement des formations hospitalières. Il existe une convention hospitalo-universitaire pour les besoins de l'encadrement de l'implication de l'université en appui au ministère de la santé.
- ◆ **du Ministère en charge de l'Education Nationale** : Il s'investit surtout dans le cadre de la santé reproductive des jeunes et des adolescents. Il intervient dans la carte sanitaire à travers la division du contrôle médical scolaire qui gère les aspects de prévention à travers la médecine scolaire, notamment par l'introduction dans le curriculum de formation de modules pour l'adoption de comportements sains contre les facteurs de risques des MNT.

◆ **du Ministère en charge de la Femme, de la Famille et du Genre** : Il gère un volet de protection sociale, de santé de la reproduction (Violences basées sur le genre) et la stratégie nationale d'équité et d'égalité de Genre (SNEEG).

◆ **des Ministères en charge de l'Environnement et du Développement Durable, de l'Elevage et des Productions Animales, de l'Hydraulique et de l'Assainissement** interviendront également dans la mise en œuvre du PNDSS particulièrement dans le cadre de l'approche multisectorielle à travers les déterminants socio-sanitaires de la santé dans le cadre du « Onehealth ».

De même, les autres Ministères seront concernés dans la mise en œuvre à travers leurs missions et attributions.

◆ **des Collectivités Territoriales** : Elles assurent la gestion des formations sanitaires décentralisées (Centres de santé, Postes santé et Hôpitaux). Elles ordonnent les fonds de dotation de la décentralisation et de secours aux indigents et le BCI décentralisé, appuient le fonctionnement des structures sanitaires sur ressources propres et dans le cadre de la coopération décentralisée. Le code des Collectivités Territoriales leur confère la compétence d'appui à la CMU.

◆ **des Organisations de la société civile (ONG, OCB, associations...)** : Elles contribuent à la promotion de la santé, à l'appui technique et financier et participent à la veille et au contrôle citoyen.

◆ **des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)** : Ils apportent un appui technique et financier, interviennent dans la mise à disposition des ressources humaines et le renforcement des capacités.

◆ **du Secteur privé** : Il gère un important dispositif de formations sanitaires de différents niveaux et contribue à la disponibilité des soins en offrant des services de qualité et des ressources humaines qualifiées. Le développement de la plateforme avec le secteur privé a permis de renforcer le Partenariat Public Privé (PPP) et de faire appel aux avantages comparatifs de ce secteur.

◆ **des Acteurs Communautaires de Soins (ACS)**, en charge de délivrer un paquet de services curatif, préventif et promotionnel au niveau des cases de santé, sites ou à domiciles (ASC, Matrone, DSDOM).

◆ **des Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention (APP)** en charge de la création de la demande et de l'IEC/CCC (Relais, Bajenu gox). Ils sont composés d'hommes et de femmes officiant dans une case de santé ou un site et qui ont reçu une formation homologuée centrée sur un paquet normé (voir paquet de services en annexe). Les Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) peuvent être classés dans cette catégorie après la formation appropriée sur le paquet de services normé.

◆ **des CDS** : Le Comité de Développement Sanitaire est une association dont la vocation est de contribuer de participation à l'effort de santé publique des populations, avec l'Etat et les Collectivités Territoriales.

◆ **des Mutuelles de Santé** : Les Mutuelles de Santé sont des associations privées qui contribuent au financement de la santé et assurent en même temps la prise en charge des dépenses de santé. Elles participent à l'amélioration de la santé de leurs membres.





**VIII CADRE DE SUIVI
ET D'ÉVALUATION**

VIII.1 Mécanismes de suivi

Le suivi du PNDSS sera assuré par différents mécanismes, notamment :

VIII.1.1 Les Réunions de coordination

VIII.1.1.1 Réunions de coordination du Ministère

Elle permet d'assurer le suivi trimestriel de la mise en œuvre globale du PNDSS.

VIII.1.1.2 Réunions de coordination des Directions Nationales, des Régions Médicales et des Districts Sanitaires

Elles se tiennent mensuellement et permettent de suivre l'exécution des activités liées au PNDSS.

VIII.1.2 Les missions de supervision

VIII.1.2.1 Au niveau Central

☐ Mission Conjointe de Supervision

Elle a pour fonction d'assurer le suivi de l'exécution des activités programmées sur le terrain conjointement avec les partenaires au développement.

Une fois par an, des thématiques sont retenues et des axes régionaux sont définis en concertation avec les PTF.

Le rapport de la MCS met en exergue les leçons apprises, et les difficultés de mise en œuvre. La MCS va alimenter la RAC ou le CIS qui va se dérouler au 1^{er} trimestre de l'année N+1.

☐ Missions semestrielles de supervisions des directions et services du MSAS

Chaque Direction ou Service national est tenu d'organiser une supervision semestrielle au niveau régional. Un rapport de supervision est produit et transmis aux autorités compétentes et fera l'objet de suivi jusqu'à la prochaine supervision.

VIII.1.2.2 Au niveau régional : Supervision trimestrielle

Chaque région est tenue d'organiser une supervision intégrée trimestrielle. Un rapport de supervision est produit et transmis aux autorités compétentes et fera l'objet de suivi jusqu'à la prochaine supervision. La supervision intégrée de la région prendra en compte aussi le niveau de fonctionnalité des Comités de Développement Sanitaire (CDS).

VIII.1.2.3 Au niveau départemental ou District : Supervision mensuelle

Chaque district est tenu d'organiser une supervision intégrée mensuelle ou bimestrielle. Un rapport de supervision est produit et transmis aux autorités compétentes et fera l'objet de suivi jusqu'à la prochaine supervision. La supervision intégrée du district prendra en compte aussi le niveau de fonctionnalité des Comités de Développement Sanitaire (CDS).

VIII.1.2.4 Au niveau communautaire : Supervision mensuelle

Chaque poste de santé est tenu d'organiser une supervision intégrée mensuelle au niveau des cases de santé et sites communautaires. Un rapport de supervision est produit et transmis aux autorités compétentes et fera l'objet de suivi jusqu'à la prochaine supervision.

VIII.1.3 Audit

Plusieurs types d'audits seront réalisés

- ◆ Audit technique : se faisant sur la base de référentiels validés, il identifie une situation à risque ou une pratique à améliorer ;
- ◆ Audit financier : manuel de procédures, contrôle des comptes, inventaires ;
- ◆ Audit administratif : fiches de poste et de fonction, organigrammes.

Les résultats de ces trois types d'audit permettront de statuer sur l'atteinte des objectifs préalablement définis.

VIII.1.4 Monitoring

Il est semestriel. Chaque Centre ou Poste de Santé est tenu de réaliser le monitoring des activités primaires et de référence. Une séance de restitution communautaire est, par la suite organisée pour partager les résultats. Un rapport est produit et transmis à l'échelon supérieur. Un atelier de restitution est organisé au niveau district, régional et national.

VIII.1.5 Revues

VIII.1.5.1 Au niveau National

Plusieurs instances seront tenues régulièrement

◆ Revue Annuelle Conjointe du Secteur (RAC)

La mission principale de la RAC est de faire le bilan des plans annuels de l'année précédente.

La RAC se tient une fois l'an au cours du premier trimestre.

Les rapports de performances sont présentés par les chefs de programme avec les indicateurs de performance. Le focus peut être mis sur une thématique précise. Les leçons apprises lors de la MCS sont partagées au cours de la RAC.

Les résultats des RAC régionales doivent être capitalisés dans la RAC nationale du MSAS. Cette dernière devra alimenter la Revue Annuelle de Conjointe Nationale du Gouvernement.

◆ Comité Interne de Suivi (CIS)

Le Comité Interne de Suivi portera sur : **(i)** l'exécution des plans de travail annuels ; **(ii)** l'examen des rapports d'étape pour faire le point sur la situation des projets et programmes ; **(iii)** l'examen des rapports d'exécution du budget et **(iv)** l'état de mise en œuvre des recommandations

Le CIS est organisé deux fois par année (un au mois de Janvier et un autre au mois juillet pour le suivi à mi-parcours de la mise en œuvre du PTA).

Les rapports de suivi de la mise en œuvre du PNDSS et la formulation de recommandations à traduire en directives sont produits à l'issue de chaque CIS.

◆ Rapport de performances

Il est élaboré annuellement et permet de rendre compte sur la gestion et les résultats par programme. Il constitue le pendant exécuté du PAP en fournissant le détail de l'exécution financière et les résultats atteints dans le cadre de la mise en œuvre du programme au cours de l'année précédente.

◆ Revue semestrielle des Programmes du DPPD

Chaque programme organisera une revue nationale chaque semestre avec la participation des régions et du niveau central. Un rapport semestriel doit être produit et partagé.

VIII.1.5.2 Au niveau Régional

Les instances qui seront tenues sont les suivantes :

☐ Revue Annuelle Conjointe Régionale

La mission principale de la RAC régionale est de faire le bilan des plans annuels de la région de l'année précédente et de procéder à la validation de la programmation des opérations retenues pour l'année en cours. La RAC régionale se tient une fois l'an, au cours du 1^{er} trimestre. Elle doit obligatoirement précéder la RAC nationale. Lors de cette RAC, le rapport annuel de performance de la région est présenté par le MCR. Il fait le point sur les indicateurs de performance traceurs. La RAC régionale alimente la RAC nationale.

☐ Revue trimestrielle des programmes du DPPD

Chaque programme organisera une revue trimestrielle. Cette revue regroupera la participation des districts, des hôpitaux et autres services techniques de la région autour du représentant du Ministre. Un rapport est produit et partagé.

VIII.1.5.3 Au niveau Départemental

L'instance qui sera tenue est :

☐ Revue trimestrielle des districts

Une revue trimestrielle permettra de faire le suivi du PTA, d'analyser la qualité des données et de voir l'évolution des indicateurs. Cette revue qui regroupera l'ensemble des postes et centres de santé sous l'autorité du Médecin Chef de District, doit alimenter la réunion trimestrielle de la région. Un rapport de cette revue est produit et partagé.

VIII.1.6 Gestion de l'information sanitaire

Cette gestion de l'information se fera à travers :

VIII.1.6.1 Enquêtes

Plusieurs enquêtes sont menées au niveau du secteur de la Santé et de l'Action sociale, parmi lesquelles on peut citer : **(i)** les EDS-Continue (annuelle) ; **(ii)** les EDS-MICS, **(iii)** les Comptes nationaux de la Santé, **(iv)** les Enquêtes ECPSS, les Enquêtes spécifiques des projets et programmes du MSAS [STEPS, enquête de couverture des indicateurs de programmes (vaccination, nutrition, moustiquaire, PF, schistosomiase, filariose lymphatique/ onchocercose etc...)], et ; les Enquêtes de recherche

VIII.1.6.2 Données de routine

La gestion des données de routine passera par :

☐ Outils de gestion

Les outils de gestion permettent d'enregistrer, de collecter les données sanitaires et sociales afin de calculer les indicateurs. La révision des outils de gestion s'impose tous les deux (02) ans afin d'intégrer les nouveaux besoins d'informations.

☐ Sécurité des données

Les données du secteur sont sensibles et suivies par les leaders et la communauté d'où l'importance de sécuriser les données. Cette sécurité doit se faire à tous les niveaux.

☐ Protection des données à caractère personnel

Au Sénégal, une commission de protection des données à caractère personnel a été créée et le secteur devra exécuter les directives de cette entité. La confidentialité est une exigence dans la consultation du patient. Le rôle de veille du comité éthique dans les études et recherche renforce ce dispositif de protection.

Entrepôt de données [(DHIS2 interopérable avec les autres systèmes), intégration des données du privé et des autres secteurs]

L'entrepôt de données est une base unique regroupant ou interopérable l'ensemble des bases de données. Aujourd'hui la plateforme DHIS2 joue ce rôle. Cet entrepôt permet au secteur d'avoir une vue globale de l'ensemble des données du système et évite la fragmentation. L'ensemble des données du secteur privé sanitaire et des autres secteurs faisant des activités de santé et d'action sociale devront être capitalisées dans le système d'informations du secteur.

☐ Qualité des données

La prise de décision à tous les niveaux de la pyramide se fera à partir des données de qualité. A cet effet, il est nécessaire que le producteur de données veille à la qualité. Un manuel d'audit à la qualité des données est disponible et son application permettra d'apprécier cette qualité.

Circuit de collecte et transmission des données

Les données mensuelles sont collectées du 1^{er} au 30 ou 31 du mois sauf le mois de Février (du 1^{er} au 28 ou 29) et les données hebdomadaires du Samedi au Vendredi.

Le respect du calendrier de transmission est une obligation à tous les niveaux :

- ◆ les structures devront transmettre au plus tard le 05 du mois leurs rapports d'activité au district ;
- ◆ les districts devront transmettre au plus tard le 05 du mois suivant le trimestre leurs rapports d'activité à la région ;
- ◆ les régions devront transmettre au plus tard le 25 du mois suivant le semestre leurs rapports d'activité au niveau central ;
- ◆ la DPRS devra produire un annuaire statistique de l'année N au plus tard le 30 Juin de l'année N+1.

Une révision du calendrier de transmission pourra être envisagée en fonction du contexte du pays.

☐ Système d'archivage et de documentation

Au Niveau Central ainsi qu'aux autres niveaux de la pyramide sanitaire, beaucoup de documents sont produits. Toutefois, leur organisation, leur disponibilité et leur accessibilité font défaut. Or, l'archivage et la documentation sont d'importance capitale dans la vie des Institutions. Toutefois, son organisation reste un des maillons faibles du système de santé. Ce manquement n'assure pas au secteur de la santé et de l'action sociale une exploitation soutenue des documents d'archives.

Il sera impératif d'assurer, dans toutes les structures publiques, parapubliques et privés, une bonne conservation des archives, et d'asseoir l'appropriation et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de modernisation de la gestion des archives, à travers l'implication de professionnels de gestion de l'information documentaire et les opportunités technologiques modernes.

VIII.2 Mécanismes d'évaluation

Le PNDSS a prévu deux (02) évaluations :

VIII.2.1 Évaluation à mi-parcours en 2023

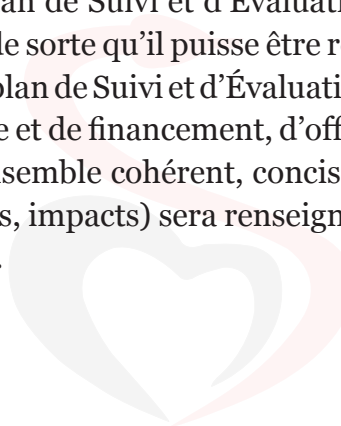
L'évaluation à mi-parcours du PNDSS est prévue en 2023. Des termes de référence de cette évaluation seront élaborés et soumis au comité de pilotage du PNDSS pour validation. Les procédures et modalités de cette Evaluation seront déterminées par le comité de pilotage. Les résultats seront validés et partagés à l'ensemble des acteurs.

VIII.2.2 Évaluation finale en 2028

En 2028, une évaluation finale sera organisée. Les termes de référence de l'évaluation finale seront élaborés. Les procédures et modalités de cette évaluation seront déterminées par le comité de pilotage. Les résultats de l'évaluation finale seront soumis à validation et partagés. Les évaluations des plans stratégiques des Directions et Programmes participeront à celles du PNDSS.

VIII.3 Indicateurs du PNDSS

Ce PNDSS sera accompagné d'un plan de Suivi et d'Évaluation. Il s'agira d'élaborer un cadre de référence qui soit souple et flexible, de sorte qu'il puisse être régulièrement actualisé au cours de la décennie d'exécution du PNDSS. Le plan de Suivi et d'Évaluation prendra en compte les indicateurs essentiels en matière de gouvernance et de financement, d'offre de service et de protection sociale. Suivant les principes de GAR, un ensemble cohérent, concis et pertinent d'indicateurs (intrants, activités, extrants, effets/couvertures, impacts) sera renseigné. Ces indicateurs devront refléter la diversité des programmes du MSAS.





**IX PREVISION
BUDGETAIRE**

IX.1 Contexte

Au Sénégal, le financement du PNDSS se fera dans un contexte de mise en œuvre des réformes budgétaires entreprises dans le cadre communautaire de l'UEMOA depuis 2009. Pour le PNDSS 2019-2028, les prévisions de financement ont été faites pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle. Les principales sources de financement seront : **(i)** l'Etat, **(ii)** les Collectivités Territoriales ; **(iii)** les populations ; **(iv)** les partenaires au développement et **(v)** le secteur privé.

Cependant, le présent PNDSS introduit une innovation avec la prise en compte du secteur privé national, comme source de financement. Une autre innovation serait la prise en compte de l'action sociale dans ce PNDSS.

De plus, dans le contexte actuel de nos pays africains, l'analyse des composantes du système de santé révèle une non intégration des interventions à tous les niveaux de la pyramide, l'insuffisance ou même la non maîtrise du processus de planification-budgétisation et l'absence de priorisation entre autres. Or selon la Déclaration de Paris et le Programme d'action d'Accra, pour améliorer l'efficacité de l'aide au développement, il est alors nécessaire de mettre en place un mécanisme de planification et de budgétisation.

Dans le processus de budgétisation du PNDSS, le Sénégal a choisi l'utilisation de l'outil «OneHealthTool» pour son estimation. En effet, l'outil «OneHealth²⁵» a été développé par les agences de l'ONU (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, PNUD et Banque Mondiale) dans le but de suivre les engagements de la Déclaration de Paris pour l'alignement et l'harmonisation de laide.

L'outil «OneHealth» (OHT) a été conçu pour renforcer l'analyse du système de santé, la planification, l'estimation des coûts et du financement au niveau des pays. L'objectif de cet outil est d'évaluer les besoins d'investissement en santé publique dans les pays à faible et moyen revenu et de faciliter l'élaboration de plans stratégiques pour la planification du secteur de la santé. Il constitue une réponse à la demande des pays d'harmoniser le contenu et le format des outils estimant l'impact et les coûts des différentes interventions.

Sur la base de cet outil et au regard des orientations, des réformes budgétaires, les prévisions de financement du PNDSS 2019-2028, seront articulées aux orientations stratégiques, pour garantir la rationalisation des ressources et la gestion axée sur les résultats.

IX.2 Méthodologie

Pour les besoins de la budgétisation du PNDSS, l'approche méthodologique a consisté à utiliser ; **(i)** les données issues des supports documentaires ; **(ii)** un support numérique (Onehealth) ; **(iii)** les programmes sanitaires du ministère de la santé et de l'action sociale et **(iv)** les piliers du système de santé :

1. Supports documentaires

Les supports documentaires ci-dessous ont été utilisés : **(i)** EDS 2016, 2017 ; **(ii)** Annuaire statistiques 2015 ; **(iii)** Enquête STEP 2015 ; **(iv)** Carte sanitaire ; **(v)** Programme d'Investissements Sectoriels (PIS) ; **(vi)** Données DAGE pour les salaires ; **(vii)** Plans Stratégiques sectoriels ; **(viii)** Plan stratégique de développement de la CMU 2013-2017.

2. Support numérique : Approche « Onehealth »

Dans cet exercice de budgétisation du PNDSS, nous avons utilisé les résultats d'enquête, la carte sanitaire, le PIS, le Compact etc. pour renseigner l'outil. L'approche OHT privilégie le lien entre les programmes de santé et les piliers du système.

²⁵ www.avenirhealth.org

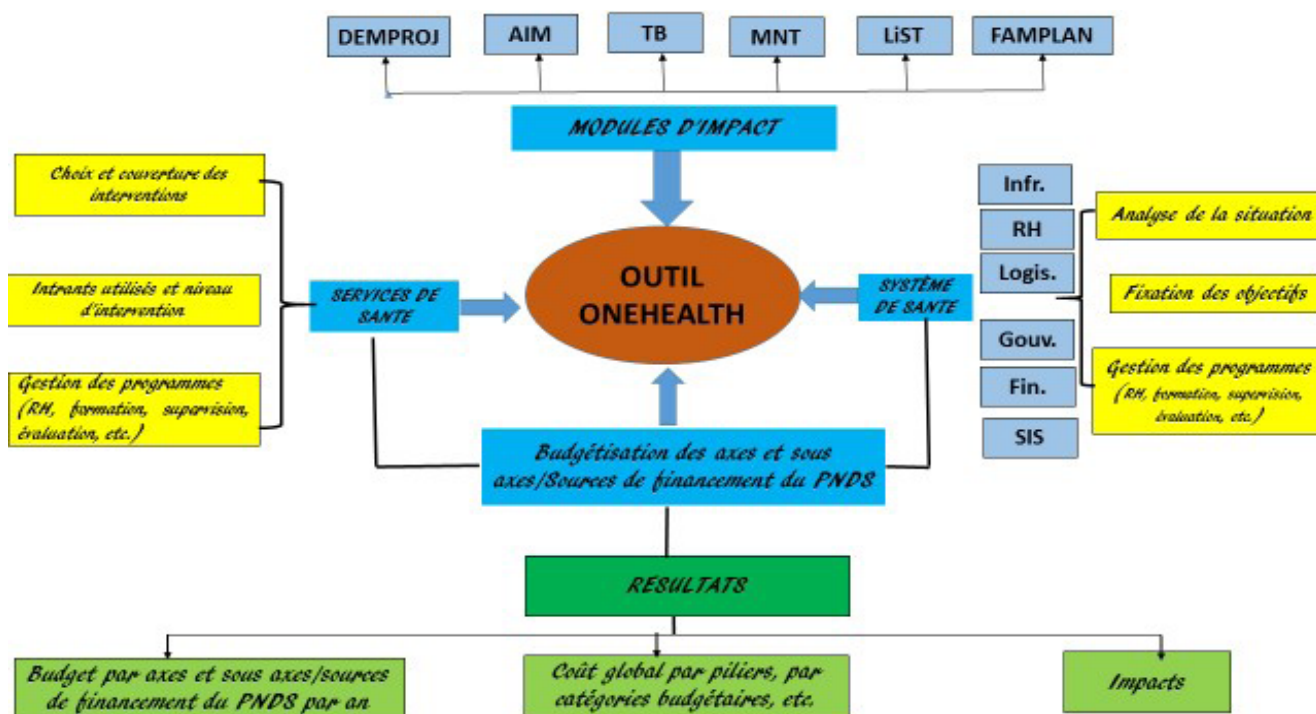


Figure 7 : Modèle de budgétisation du One health dans le PNDSS en 2018

3. Les programmes de santé

L'ensemble des programmes de santé en cours au sein du MSAS a été retenu. Sur cette base, les interventions, les couvertures et les objectifs visés dans la période ont été définis. En plus, les programmes, dont les données de gestion sont disponibles, ont été intégrés dans l'outil. L'exercice d'insertion des données de couverture dans l'analyse de la situation et de celles relatives aux prévisions, a été suivi d'une transmission de ces données aux modules d'impact que sont : **(i)** l'outil d'estimation des vies sauvées de mères et d'enfants (LiST) ; **(ii)** l'Outil d'estimation de la prévalence des méthodes contraceptives (FamPlan) ; **(iii)** l'Outil d'estimation de l'impact de la projection démographique (DemProj) ; **(iv)** l'Outil d'estimation de l'impact sur les maladies non transmissibles (MNT) ; **(v)** l'outil d'estimation de l'impact sur le Paludisme (Paludisme) ; **(vi)** l'outil d'estimation de l'impact sur le VIH (AIM) ; **(vii)** l'outil d'estimation de l'impact sur la tuberculose (TB).

Ces modules donnent une estimation de l'impact obtenu par la mise en œuvre des interventions. Cet impact est présenté en termes de vies sauvées, d'évolution des taux de mortalité maternelle, néonatale, infanto juvénile, la prévalence de la malnutrition, du paludisme, VIH, etc.

4. Piliers du système de santé dans OHT

Ce sont les infrastructures, les ressources humaines, la logistique (Système d'approvisionnement en médicaments), le système d'informations sanitaires, la gouvernance et le financement de la santé. Ces données sont issues de la carte sanitaire, de l'annuaire statistique et de la DAGE.

Les résultats obtenus sont représentés en termes de ressources humaines additionnelles à recruter, d'infrastructures à construire et à réhabiliter, de la mise à échelle du système d'informations sanitaires entre autres.

1 Taux de mortalité maternelle - 2 Taux de mortalité néonatale - 3 Taux de mortalité infanto-juvénile

5. Bases d'estimation des prévisions budgétaires annuelles

Ces estimations seront bâties à partir des sources de financement potentielles et le lien sera établi entre le budget et les orientations stratégiques du PNDSS.

◆ Sources de financement

Il s'agit de l'estimation annuelle de la part de chaque source de financement potentielle : Etat, Collectivités Territoriales, ménages, secteur privé et Partenaires Techniques Financiers.

◆ Lien entre le budget et les orientations stratégiques

L'objectif est de mettre en lien le budget obtenu et les orientations stratégiques décrites dans le PNDSS.

IX.3 Résultats

A l'issue des différentes approches utilisées pour estimer les prévisions annuelles sur la période du PNDSS 2019-2028 selon les sources de financement, les résultats suivants ont été obtenus :

IX.3.1 Budget global

Tableau V : Prévisions de financement du PNDSS 2019 - 2028 par année selon les sources de financement (en FCFA)

Années	Etat	Partenaires techniques et Financiers	Collectivités Territoriales	Populations	Secteur privé	Total
2019	198 618 507 014	36 493 337 923	22 612 436 382	31 343 971 222	12 537 588 489	301 605 841 030
2020	239 118 719 030	43 984 879 415	27 165 351 794	35 091 099 833	15 972 501 384	361 332 551 455
2021	245 884 270 321	42 156 837 621	25 949 421 870	31 010 582 256	16 148 905 804	361 150 017 872
2022	264 517 428 783	44 316 395 670	27 185 686 598	29 792 535 209	17 875 520 567	383 687 566 827
2023	271 095 826 918	42 656 551 088	26 076 266 280	25 925 537 923	18 087 584 660	383 841 766 870
2024	293 658 393 160	45 301 171 141	27 594 293 905	24 556 981 287	20 162 574 201	411 273 413 693
2025	300 680 980 592	44 584 371 356	27 058 766 884	21 184 797 979	20 799 620 779	414 308 537 591
2026	319 146 315 740	44 486 815 997	26 899 003 533	18 105 098 755	21 726 120 252	430 363 354 277
2027	336 949 195 266	45 961 613 448	27 684 875 150	15 511 623 145	23 469 759 736	449 577 066 746
2028	357 539 815 609	47 922 849 010	28 753 709 406	12 779 426 403	25 558 852 805	472 554 653 234
Total	2 827 209 452 434	437 864 822 669	266 979 811 802	245 301 654 013	192 339 028 677	3 969 694 769 594

Le graphique ci-dessous donne l'évolution du financement

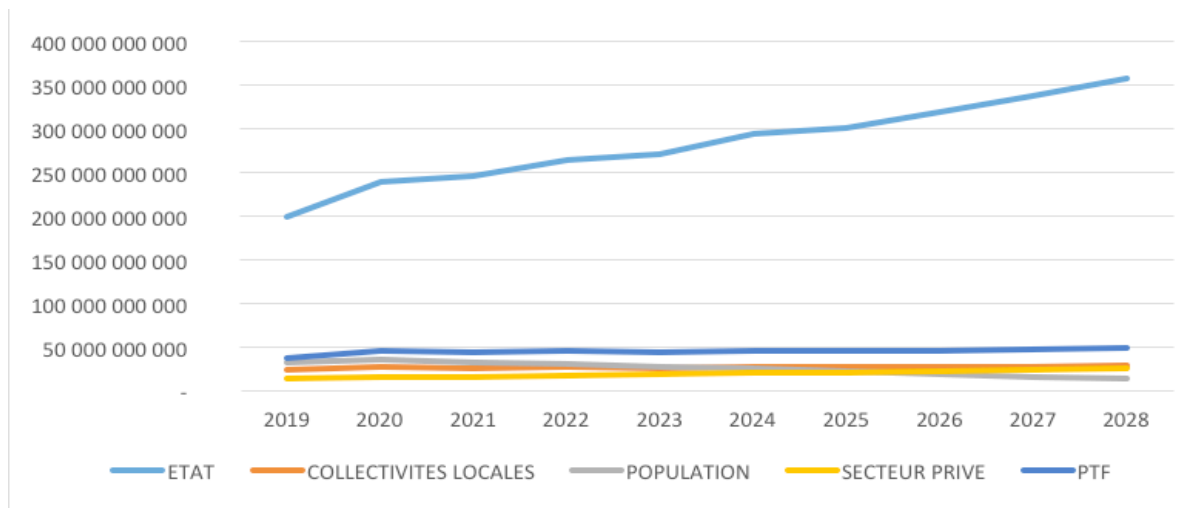


Figure 8 : Evolution prévisionnelle du financement du PNDSS par source

L'Etat constitue la principale source de financement du PNDSS avec **71%** du financement total. Cette part a évolué de **65,9%** à la première année pour atteindre **75,7%** en 2028.

Concernant le financement des partenaires extérieurs (PTF), il représente **11%** du financement total. Le calcul sur les premières années s'appuie sur les engagements obtenus. Sur l'ensemble de la période, il restera stable les deux premières années avec diminution progressive de leur part en valeur relative qui passe de **12,1%** au début du plan à **10,1%** à la fin.

S'agissant de la contribution des Collectivités Territoriales au financement, celle-ci représente 7% du financement total du PNDSS, passant de **7,5%** en 2019 à **6,11%** à la dernière année du Plan. Cet effort devrait être plus sensible compte tenu de l'orientation politique du gouvernement de concéder aux collectivités territoriales les recettes de certaines taxes.

La contribution des ménages sur le financement total du PNDSS reste relativement faible (**6%**). Toutefois, en première année, elle est de l'ordre de 10,4% sur le financement total. Elle devrait baisser progressivement au fil des années, pour atteindre **2,7%** en fin de période. Il s'agit d'un effort de matérialisation de l'orientation gouvernementale tendant à réduire les dépenses de santé (out of Pocket) pour les ménages ou paiement direct, et à lui substituer la couverture maladie universelle mise en place concomitamment à une refondation du financement du secteur.

Par rapport au secteur privé, qui constitue une nouvelle source du PNDSS, sa contribution dans le financement du secteur se situe à un taux global de **5%**. Par ailleurs, l'analyse montre que cette contribution augmente au fil des années passant de **4,2%** en 2019 à **5,4%** en 2028.

IX.3.2 Budget par orientation stratégique

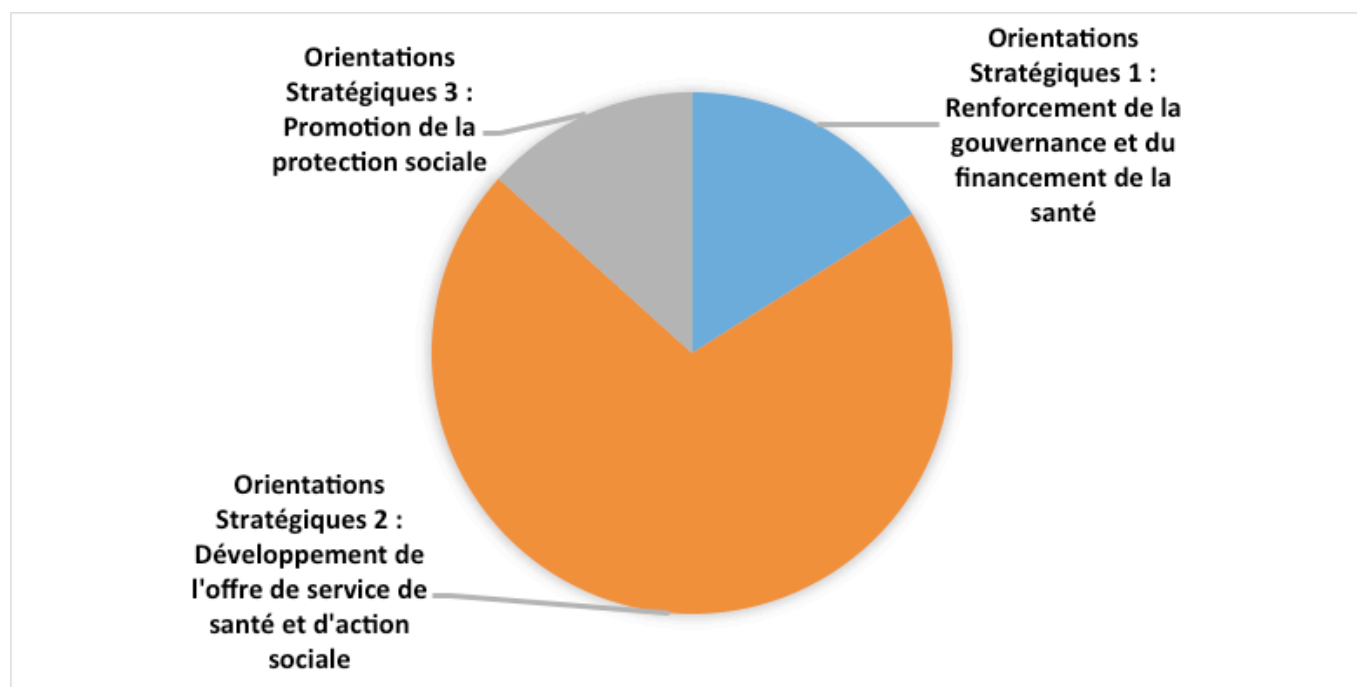


Figure 9 : Budget par Orientation Stratégique du PNDSS 2019 - 2028

Tableau VI : Prévisions de financement du PNDSS par Orientation Stratégique et par année

Années	OS1	OS2	OS3	Total
2019	34 900 391 100	223 885 508 729	42 819 941 200	301 605 841 030
2020	41 198 041 563	272 258 530 842	47 875 976 328	361 332 551 455
2021	47 494 057 625	263 297 391 547	50 358 568 700	361 150 017 872
2022	54 289 086 688	279 305 008 857	50 093 471 282	383 687 566 827
2023	60 903 180 659	271 313 756 341	51 624 829 870	383 841 766 870
2024	67 200 753 121	290 806 372 647	53 266 287 925	411 273 413 693
2025	73 496 847 184	288 883 621 936	51 928 068 471	414 308 537 591
2026	79 476 508 238	290 974 811 818	59 912 034 221	430 363 354 277
2027	85 772 524 300	303 488 285 528	60 316 259 953	449 577 066 746
2028	92 070 174 763	319 485 660 067	60 998 818 404	472 554 653 234
Total	636 801 565 240	2 803 698 948 312	529 194 256 354	3 969 694 769 594

Dans les prévisions budgétaires, les résultats enregistrés montrent que l'orientation stratégique 2 relative au développement de l'offre de service de santé et d'action sociale absorbe le plus de ressources financières avec 70,6% du financement total au cours de la décennie. Le coût de cette orientation stratégique passe de 74,23% du budget total pour 2019 à 67,60% du budget de 2028.

Cette orientation stratégique absorbe la part importante des ressources du fait qu'il constitue le principal pilier du système de santé. En effet, le coût des prévisions en termes d'infrastructures, d'équipement, de médicaments et de ressources humaines est porté par cette orientation.

Les prévisions concernant l'orientation stratégique 1 donnent un coût global de 16% du budget total du PNDSS. Le coût de cette orientation passe de 11,57% en 2019 à 14,48% en 2028.

S'agissant de l'orientation stratégique 3, son coût durant la décennie du PNDSS est de 13,3%. Ce coût marqué par de légères fluctuations passe de 14,19% en 2019 à 12,30% en 2028.

IX.3.3 Evolution des indicateurs d'impacts en fonction du Budget

Tableau VII : Evolution des indicateurs d'impact en fonction du budget

Indicateurs	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
RMM¹(morts pour 100 000 NV)	236	230,39	225,7	221,03	216,38	211,74	207,12	202,52	197,96	193,42
TMN² (morts pour 1 000 naissances)	28	27,26	26,52	25,8	25,08	24,37	23,68	22,99	22,31	21,63
TMIJ³ (morts pour 1 000 naissances)	56	53,87	51,97	50,13	48,36	46,69	45,09	43,57	42,12	40,73

Les prévisions budgétaires du PNDSS, conformément aux trois orientations stratégiques, aux fins d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle laissent entrevoir un retentissement sur les objectifs d'impact en santé public :

- ◆ le taux de mortalité maternelle évolue de 236 décès pour 100. 000 NV en 2019 à 193.42 en 2028
- ◆ le taux de mortalité néo-natale passe de 28 décès pour 1000 naissance en 2019 à 21.63 en 2028
- ◆ le taux de mortalité infanto-juvénile passe de 56 décès pour 1000 naissances à 40.73 pour la même période

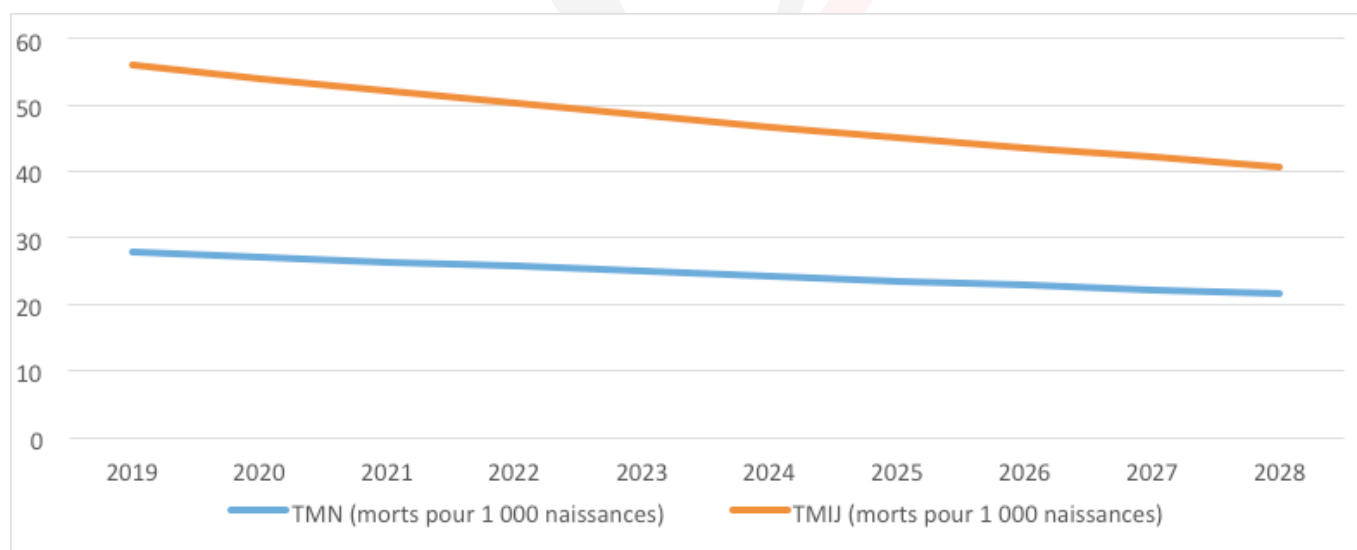


Figure 10 : Evolution des indicateurs d'impact

CONCLUSION

Le Plan National de Développement Sanitaire et social 2019-2028 traduit, sur un horizon de 10 ans, les ambitions du gouvernement en matière de santé et d'action sociale. Aligné sur la lettre de politique sectorielle de développement, il énonce les objectifs du gouvernement dans ce domaine et résume la manière dont ces objectifs seront atteints.

Il est arrimé aux engagements internationaux et nationaux du Sénégal et constitue le référentiel de la politique sanitaire et social du pays.

Le PNDSS s'est fixé ainsi comme ambition, dans cet horizon de planification, de contribuer fortement à l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle.

Pour atteindre cet objectif, le système s'appuiera sur trois axes majeurs que sont : i) la gouvernance et le financement du secteur, ii) l'offre de santé et d'action sociale, et iii) la protection sociale dans le secteur.

Le plan est bâti autour de trois (03) orientations stratégiques majeures, congruentes aux résultats sectoriels attendus et déclinés en 15 résultats intermédiaires, qui seront opérationnalisés à travers 60 lignes d'action.

La mise en œuvre du PNDSS 2019-2028, comme lors de son élaboration, requiert la participation et l'inclusion de tous les acteurs autour du système de santé et d'action sociale. Ce qui suppose la mise à contribution des principes de la concertation dans ses trois dimensions: institutionnelle, technique et citoyenne. Elle nécessitera une appropriation nationale et internationale mais aussi un alignement de tous les acteurs aux priorités ainsi dégagées.

Par ailleurs, il est d'une impérieuse nécessité, à ce que tous les outils et instruments d'opérationnalisation du plan (programmes, projets, etc..) soient alignés aux nouvelles orientations du secteur.

La professionnalisation de la gouvernance globalement du secteur et en particulier le Suivi et l'Evaluation, de même que la communication dans toutes ses dimensions constituent des piliers majeurs qui vont accompagner la mise en œuvre de ce document.

L'exécution du PNDSS nécessitera la mobilisation d'importantes ressources d'un montant global estimé de 3 959 milliards de FCFA, dans le contexte d'une mobilisation plus accrue des ressources domestiques et d'une diminution substantielle de la contribution directe des populations. Le développement de la CSU dans le sens des objectifs du secteur à savoir une croissance plus rapide, soutenue et solidaire passera par un financement de la santé à haut rendement.

Il traduit la vision du Sénégal d'aller vers l'émergence à travers une société solidaire, ayant accès à des services de santé et d'action sociale de qualité, sans aucune forme d'exclusion.



ANNEXES

- ◆ Annexe 1 : Feuille de route pour l'élaboration du PNDSS
- ◆ Annexe 2 : Note de Service portant création du Comité de pilotage
- ◆ Annexe 3 : Note de Service portant création du Comité technique
- ◆ Annexe 4 : Liste des membres du Groupe restreint de rédaction
- ◆ Annexe 5 : Liste des contributeurs au PNDSS

Annexe 1 : Feuille de route pour l'élaboration du PNDSS 2019 - 2028

Ministère de la Santé et
de l'Action Sociale
Direction de la Planification, de
la Recherche et des Statistiques

FEUILLE DE ROUTE POUR L'ELABORATION DU PNDSS 3 (2019 - 2028)

Ordre	ACTIVITES	Période	Lieu	Responsable	Appui	Observations
A1	Atelier de Préparation du processus d'élaboration du PNDSS (TDR, Organisation, Draft feuille de route)	Du 02 au 03 mai 2018	Hotel Ngor Diarama	DPRS	Abt Associates	Elaboration 1er draft feuille de route
A2	Mise en place du Comité de pilotage	Le 1er juin 2018	MSAS	MSAS	Etat	Note de service N°07592 / MSAS / DPRS / D. Planification
A3	Mise en place du Comité technique	Le 05 juin 2018	MSAS	MSAS	Etat	Note de service N°07772 / MSAS / DPRS / D. Planification
A4	Première réunion du Comité de pilotage couplée à la Cérémonie de lancement du processus d'élaboration du PNDSS	Le 26 juillet 2018	Dakar	MSAS	Etat Abt Associates	Présidée par le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale
A5	Première réunion du Comité technique	Du 1er au 03 août 2018	MSAS	Président du Comité technique	Etat Abt Associates	
A6	Premier Atelier d'exploitation de la documentation en rapport avec le diagnostic	Du 29 au 31 août 2018	DPRS	Chef Service Archives	Etat	
A7	Atelier d'élaboration du diagnostic situationnel du secteur	Du 03 au 05 septembre 2018	Saly	Président Commission Diagnostic	UNICEF	

A8	Atelier de consolidation du diagnostic du secteur de la Santé et de l'Action Sociale	Du 06 et 07 Septembre 2018	Saly	Coordonnateur Groupe restreint	UNICEF
A9	Réunion d'élaboration du canevas du cadre stratégique de la «Gouvernance»	Le 04 octobre 2018	Dakar	Président Commission «Gouvernance»	Etat
A10	Réunion préparatoire de l'atelier d'élaboration du cadre stratégique de la « Protection sociale»	Le 09 octobre 2018	Dakar	Président Commission «Protection Sociale»	Etat
A11	Réunion préparatoire de l'atelier d'élaboration du cadre stratégique de la « Offre de Service»	Le 11 octobre 2018	Dakar	Président Commission «Protection Sociale»	Etat
A12	Atelier d'élaboration du cadre stratégique de la «Gouvernance»	Du 16 au 18 octobre 2018	Saly	Président Commission «Gouvernance»	OMS
A13	Atelier de consolidation du cadre stratégique de la «Gouvernance»	Les 19 et 20 octobre 2018	Saly	Coordonnateur Groupe restreint	OMS
A14	Atelier d'élaboration du cadre stratégique de l'«Offre de service» et de la «Protection Sociale»	Du 23 au 25 octobre 2018	Saly	Président Commission «Offre de service»	UNICEF
A15	Atelier de consolidation du cadre stratégique de l'«Offre de service» et de la «Protection Sociale»	Les 26 et 27 octobre 2018	Saly	Coordonnateur Groupe restreint	UNICEF

A16	Réunions de consolidation et de validation des productions du cadre stratégique des commissions	Du 29 au 31 octobre 2018	Dakar	Coordonnateur Groupe restreint	ETAT
A17	Atelier d'élaboration du cadre de mise en œuvre et du Cadre de Suivi / Evaluation	Du 13 au 15 novembre 2018	Saly	Présidents de commissions	UNFPA
A18	Atelier de consolidation et de validation cadre de mise en œuvre et du Cadre de Suivi / Evaluation	Les 16 et 17 novembre 2018	Saly	Coordonnateur Groupe restreint	UNFPA
A19	Réunions de consolidation des productions des différentes commissions	Du 20 au 24 novembre 2018	Dakar	Coordonnateur Groupe restreint	ETAT
A20	Réunions du groupe restreint pour la consolidation et la rédaction du PNDSS	A partir du 03 décembre 2018, tous les jours ouvrables hors Atelier	Dakar	Coordonnateur Groupe restreint	ETAT
A21	Atelier de budgétisation du PNDSS	Du 17 au 20 décembre 2018	Saly	Président Commission «Budgétisation»	ETAT PFSN
A22	Atelier de rédaction du PNDSS	Du 20 au 23 décembre 2018	Saint - Louis	Chef Division Planification	Etat SHOPS PLUS
A23	Séances de travail complémentaires avec les Centres de responsabilité pour la consolidation des productions	Du 02 janvier au 10 janvier 2019	Dakar	Coordonnateur Groupe restreint	Etat
A24	Atelier de validation technique du PNDSS	Le 11 janvier 2019	Dakar	Président «Comité technique»	Abt Associates
A25	Partage du draft de PNDSS en coordination ministérielle	Le 15 janvier 2019	Dakar	DPRS	
A26	Atelier de lancement national du PNDSS	Le 25 janvier 2019	Dakar	MSAS	Abt Associates

Annexe 2 : Note de Service portant création du Comité de pilotage



Annexe 3 : Note de Service portant création du Comité technique

8. Le représentant de la DIEM
9. Les représentants des PTF

Le comité technique peut s'adjoindre toute personne pouvant contribuer à la réalisation de ses attributions.

Le comité technique se réunit sur convocation de son Président.

Il est mis au sein du comité technique, les commissions suivantes :

- Commission « Diagnostic du secteur »
- Commission « Offre de services de santé de qualité »
- Commission « Protection sociale »
- Commission « Gouvernance du secteur »
- Commission « Budgétisation »

La composition et le fonctionnement des commissions sont fixés par une note de service du Directeur de la Planification, de la Recherche et des Statistiques.

Ampliations

- MSAS/CAB
- MSAS/SG



№ 07772

MSAS/DPRS/D. Planification

05 JUIN 2018

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Chez Diallo, Cheikh Oumar Thierno

Ministère de la Santé
et de l'Action sociale

Le Ministre

NOTE DE SERVICE

Objet : Création d'un comité technique pour l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028

Dans le cadre de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028, il est créé au sein du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, un comité technique en charge de l'exécution des décisions du Comité de pilotage.

Le comité technique est une instance de coordination et d'exécution chargée, notamment :

- d'assurer le secrétariat du comité de pilotage ;
- d'élaborer les termes de référence pour l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028 ;
- de mettre en place les commissions de travail et d'en assurer le suivi ;
- de faire la synthèse des travaux de commissions d'élaboration du PNDSS ;
- d'effectuer un suivi technique et la coordination du déroulement des travaux ;
- de mettre en place un comité de rédaction et d'en assurer le suivi ;
- de soumettre les produits intermédiaires et le document final du PNDSS au comité de pilotage pour validation.

Le comité de technique est ainsi composé :

Président : Directeur de la Planification, de la Recherche et des Statistiques

Rapporteur : Chef de la Division de la Planification

Membres :

1. Les présidents des commissions de travail (5) ;
2. Les rapporteurs des commissions (5) ;
3. Le représentant de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle ;
4. Le représentant de la DGS ;
5. Le représentant de la DGAS ;
6. Le représentant de la DAGE ;
7. Le représentant de la DRH ;

.....

Annexe 4 : Liste des membres du Groupe restreint de rédaction

ORDRE	PRENOM NOM	STRUCTURE	FONCTION	MAIL
01	Dr Youssoupha NDIAYE	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS)	Directeur	youndiaye2000@gmail.com
02	Dr Papa Abdoulaye SECK	Division de la Planification / DPRS	Chef de Division	paskoutaye2000@yahoo.fr
03	M. Modou Mamoune FALL	Division de la Planification / DPRS	Bureau Planification	fallmmdb@gmail.com
04	Dr Aboubacry FALL	Groupe ISSA	Personne Ressource	guelewy@gmail.com
05	Dr Cheikh Ahmadou NDOUR	Groupe ISSA	Personne Ressource	cheikhandour@gmail.com
06	Dr Abdoulaye LY	Direction Générale de la Santé	Conseiller technique	alydoctor@gmail.com
07	M. Oumar Madany SONKO	Direction Générale de l'Action Sociale	Responsable de la Planification, du Suivi et de l'Evaluation	madanysonko@gmail.com
08	M. Ahmadou Bamba CISS	Division du Système d'Information Sanitaire et Social	Agent de la Division	Bambaciss1@gmail.com
09	M. Abdoulaye FOFANA DIA	Direction de l'Action Médico-sociale	Directeur	fofrianedia@yahoo.fr
10	M. Dame CAMARA	Direction des Ressources Humaines	Point Focal Planification	dankmara@gmail.com
11	M. Bamba NDIIOUCK	Division de la Programmation Budgétaire / DAGE	Chef de Division	ndioucekbamba@yahoo.fr

Annexe 5 : Liste des contributeurs au PNDSS

ORDRE	PRENOM	NOM	STRUCTURE	FONCTION	MAIL
1	Mme Maimouna Seck	AIDARA	JICA		ctcoopération-japonnaise@hotmail.Com
2	Mme Sadiya	AIDARA	MSAS / COUS	Suivi / Evaluation	sadiya05@yahoo.fr
3	Dr Amadou Djibril	BA	OMS	Chargé de programme	amadoudjibril@gmail.com
4	Dr Tacko Aly	BA	MSAS / DLM / PNT	Chef Bureau	kewealy@yahoo.fr
5	Mme Marie R.	BADIANE	Région Médicale de Dakar		mariebaje110@yahoo.fr
6	M. Ibrahima	BALDE	DPRS / Division Partenariat	Agent	ibelbalde@yahoo.fr
7	Dr Yaya	BALDE	Région Médicale de Kolda	Médecin - Chef de Région	bibakolda@yahoo.fr
8	Mme. Louise Sarr	BARBOZA	DPRS / Division de la Planification	Assistante Division Planification	louianmar@yahoo.fr
9	Dr. Moustapha	BARRO	DPRS / Division Partenariat	Chef de Division	Mbarro2001@yahoo.fr
10	Dr. Aichatou	BARRY	Région Médicale de Kaolack	Médecin - Chef de Région	amara-papy2000@yahoo.fr
11	Cheikh Tidiane	Bathily	Région Médicale de Saint Louis	Planificateur	Ctige2@yahoo.fr
12	Mme. Laetitia	BAZZI VEIL	UNICEF	Chargé de Programme	lbazzi@unicef.org
13	Pr. Mamadou Diarrah	BEYE	SAMU National	Directeur	samu@samu.sn
14	Mme. Salimata	BOCOUM	ONG SightSavers	COP	sbocoum@sightsevers.org
15	Dr. Mactar	CAMARA	MSAS / DRH	Conseiller RSS+	drmcamara@gmail.com
16	M. Dame	CAMARA	MSAS / DRH	Responsable Planification	dankmara@gmail.com
17	M. Ahmadou Bamba	CISS	DPRS / Division du Système d'Information Sanitaire et Social	Agent	bambaciss1@gmail.com
18	Mme. Amy Colé	CISSE	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)	Démographe	amycocisse@yahoo.fr

19	Dr. Abibou	CISSE	MSAS / Direction des Etablissements de Santé	Agent DES	abibouciss@yahoo.fr
20	Mme. Ndèye Binta Ndiaye	COULIBALY	Division de la Lutte contre le VIH		bintacoulibaly@yahoo.fr
21	Dr. Halima	DAO	UNICEF	Responsable Survie de l'Enfant	hdao@unicef.org
22	M. Mahi Amadou	DEME	DGPPE/MEFP	Agent	mahiamadou-deme@gmail.com
23	Dr. Aliou A	DIA	DCMS/MEN	Agent	docalioudia@yahoo.fr
24	Dr. Moussa	DIA	USAID/NEEMA	Responsable de programme	mdia@in-trahealth.org
25	M. Pape Oumar	DIAGNE	SYNTRAS	Partenaire Social	papeoumardiane@yahoo.fr
26	M. Assane	DIAGNE	COSC/GFF	Membre	diagneassane@gmail.com
27	Mme. Nancy	DIAKHATE	DPRS / Division Planification	Agent DP	diakhate_92@yahoo.fr
28	Dr. Abdoulaye	DIALLO	DPRS / Division Recherche	Agent	allaye.diallo@gmail.com
29	Dr. Abdoulaye	DIAW	DPRS / Division du Système d'Information Sanitaire et Social	Chef de Division	layejaw@yahoo.com
30	Dr. Mor	DIAW	MSAS / Direction des Etablissements de Santé	Directeur	diawmor@hotmail.com
31	M. Alain	DIEDHIOU	DPRS / Division du Partenariat	Agent Division	kagnene57@gmail.com
32	Dr. Malick Samba	DIENE	Direction de la Santé des Armées		malickdiene@hotmail.com
33	M. Moussa	DIENG	Banque Mondiale		mdieng@worldbank.org
34	Mme. Oulèye Fall	DIENG	Programme National de Lutte contre le Paludisme	Chef de Bureau	ouleye-beye@yahoo.fr
35	Pr. Saliou	DIOP	Centre National de Transfusion Sanguine	Directeur	saliou.diop@ucad.edu.sn
36	M. Assane	DIOP	SPPS	Président	phcieboulevard@gmail.com
37	Dr. Aminata	DIOP	MSAS / Direction des Laboratoires	DL/MSAS	amine-job2001@yahoo.fr

38	Dr. Mamadou Moustapha	DIOP	Région Médicale de Kaffrine	Médecin Chef	moustafdiop@yahoo.fr
39	Dr. Binta	DIOP	EPS 1 Tivaoune	Directrice	binetabadiane@yahoo.fr
40	Dr. Amadou Gueye	DIOUF	Centre Hospitalier National de Touba	Directeur	agueyediouf@yahoo.fr
41	M. Amad	DIOUF	MSAS / Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance	Directeur	amadediouf@yahoo.fr
42	Mme. Mbène	DIOUF	CEP Communication	Agent	mbene.diouf23@gmail.com
43	M. Ngor	DIOUF	Cellule Informatique/MSAS	Agent	ngor.diouf@sante.GOUV.SN
44	M. Mbacké	DIOUF	MJCCDV	Agent	mbackediouf@outlook.fr
45	M. Birane	DJIGO	MSAS / Bureau Législation	Agent	biranedjigo15@gmail.com
46	Dr. Amadou	DOUCOURE	Direction de la Lutte contre la Maladie	Directeur	drdoucoure@yahoo.fr
47	Mme. Yuriko	EGAMI	Coopération japonaise	Conseiller Technique	g.egami@iticgm.go.jp
48	Dr. Aboubacry	FALL	Groupe ISSA	Personne ressource	guelewy@gmail.com
49	M. Modou Mamoune	FALL	DPRS / Division Planification	Agent Division	fallmmdbl@gmail.com
50	M. Papa Sakhoudia	FALL	SDT 35	Partenaire Social	papasakhoudia@hotmail.fr
51	Pr. Mouhamadou	FALL	UNICEF		
52	Mme. Mame Diarra	FALL	DIEM	Agent	m.ame.93@hotmail.fr
53	Dr. Diéo Lo	FALL	Région Médicale de Dakar	Planificateur	dieolo@hotmail.com
54	M. Yakhokh	FALL	PNT	Planificateur	yakhokhfall@yahoo.fr
55	Dr. Moustapha	FAYE	District Sanitaire de Thiès	Médecin Chef	moustapha75@gmail.com
56	M. Moussa	FAYE	UNFPA		mfaye@unfpa.org

57	M. Abdoulaye	FAYE	DPRS / Cellule Economie de la Santé	Agent	fayedou05@hotmail.com
58	M. Djiby	FAYE	MSAS / Inspection des Affaires Administratives et Financières	Inspecteur	djiby.faye@sante.gouv.sn
59	Pr Adama	FAYE	Institut de Santé et Développement	Directeur des Etudes	adamafaye94@gmail.com
60	Dr. Mame Ndioro	FAYE	DPRS / Cellule Economie de la Santé	Agent	mamendiore-faye@gmail.com
61	M. Abdoulaye	FOFANA	DIEM / Division Equipements	Chef de Division	fofana22fr@yahoo.fr
62	Mme. Gacko Mingué	GACKO	DPRS / Cellule Genre	Coordinatrice Cellule Genre	ndeyeminguendiate@gmail.com
63	Dr. Aida	GADIAGA	UNICEF	Chargée de programme	agadiaga@unicef.org
64	Dr. Tidiane	GADIAGA	District Sanitaire de Tambacounda	Médecin - Chef	tidianegadiaga@yahoo.fr
65	Mme. Tiguidanké	GASSAMA	Agence de la Couverture Sanitaire Universelle	Agent	Ttiguidanke.gassama@agencecmu.sn
66	Mme. Anna P K	GOMIS	MSAS / Bureau Législation	Agent	annapkgomis@gmail.com
67	Mme. Aby	NDIAYE	DPRS / Division Planification	Agent	abykhoudia@gmail.com
68	M. Saliou	GUEYE	SG/CNTS	Partenaire Social	gueyesaliou17@yahoo.fr
69	Mme. Thiané	GUEYE	DPRS / Cellule Economie de la Santé	Responsable des comptes de la santé	nethiadiaw@gmail.com
70	Mme. Evelyne	GUEYE	UNICEF	Chargée de Programme	egueye@unicef.org
71	M. Alouise	GUEYE	Mmgtdat/DCT		gueyealouise@yahoo.fr
72	M. El hadji Mansour	GUEYE	RSI		zmalig@gmail.com
73	M. Abdou	GUEYE	SDT3S	Partenaire Social	ar.gueye@gmail.com
74	Dr. Ousmane	GUEYE	EPS 2 de Saint Louis	Directeur	ouzgueye@yahoo.fr
75	M. Abdoulaye	GUEYE	MJCCDV		abdoulaye-gueye@yahoo.fr

76	M. Mamadou	GUEYE	PADES/MFFG		m.magueye@gmail.com
77	Dr. Cheikh	HANNE	DPRS / Division Planification	Agent	cheikhhanne@gmail.com
78	Mme. Fatou Kiné	KEBE	DPRS / Division Planification	Agent	kebekine@hotmail.com
79	M. Mamadou Moustapha	KEBE	Centre National d'Appareillage Orthopédique	Agent	kebemamadou-moustapha@gmail.com
80	Mme. Nadujath Mama	KINZONZI	JICA	Chargée de programme	mama-Na-diyath@jica.go.jp
81	Mme. Aminata	KONTE	DPRS / Division de la Planification	Agent	aminatas-konte@yahoo.fr
82	M. Jean Pierre	LAMARQUE	Coopération Française		jean-pierre.lamarque@diplomatie.gouv.fr
83	M. Sérigna Mbacké	LO	MESRI		segnelo@gmail.com
84	Dr. Evariste	LODI	Lux/Dev	Assistant Technique International	evariste.lodi@luxdev.lu
85	Dr. Abdoulaye	LY	RSS / DGS	Conseiller Technique	alydoctor@gmail.com
86	Dr. Ndack Wadji	LY	USAID/RSS+	Responsable de programme	ndack-wadji@abtsn.com
87	M. Alioune Badara	LY	COUS	Coordonnateur adjoint	ably@cousenegal.sn
88	M. Youssoupha	MANE	SYNTRAS	Partenaire Social	syntrasenegal@yahoo.fr
89	M. Léger	MANGA	DGAS	Agent	legermanga@gmail.com
90	M. Abdoulaye	MANGANE	District Sanitaire Kolda	Médecin- Chef	abdoulayemangane@yahoo.fr
91	M. Mamadou	MBAYE	Agence CMU	Directeur	mbaye@yahoo.fr
92	M. Massamba	MBAYE	District Kaolack	Superviseur SSP	manmbaye@gmail.com
93	Mme. Mame Adama	MBAYE	PNCT/MSAS	Chargée de Suivi Evaluation	Aadji.adama.mb@gmail.com
94	El. Hadji Malick Mbodji	MBODJ	DGAS/DPPGU		malickmbodji@hotmail.com

95	M. Babacar	MBODJ	DPRS	Gestionnaire	mbayembou-loum@yahoo.fr
96	M. Abdoulaye	MBOW	SRAS Dakar	Chef de Service	gayelam@yahoo.fr
97	Mme. Risako	MORIKAWA	JICA	Chargée de programme	Morikawa.Risako@jica.go.jp
98	M. Papa Diogop	NDAO	DPRS / Secretariat Particulier	Infographe	diogopmsas@gmail.com
99	Mme. Néné Dieynaba	NDIAYE	Groupe Issa	Agent	dieyba77@yahoo.fr
100	Dr. Fatou Béréte	NDIAYE	Direction Générale de la Santé	Responsable UCSPE	yayefatou77@yahoo.fr
101	M. Malick	NDIAYE	UAEL	Maire	ma.ndiaye@laposte.net
102	Mme. Gacko Ndéye Mingué Ndiaté	NDIAYE	DPRS / Cellule Genre	Coordonnatrice	ndeyeminguendiate@gmail.com
103	Ndéye. Fatou Tall	NDIAYE	Shops plus/USAID	Chargée de programme	ndeye_tall@abtassocia.com
104	Dr. Aladji Arona	NDIAYE	Chef BDES/MSAS	Chef de Bureau	aladjinaron@yahoo.fr
105	Dr. Youssoupha	NDIAYE	Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques	Directeur	youbou@gmail.com
106	M. Abib	NDIAYE	DPRS / Division Recherche	Agent	abibndiaye@gmail.com
107	M. Seydou Nourou	NDIAYE	DPRS / Bureau de Gestion	Gestionnaire	ndiayeseydounourou@gmail.com
108	M. Momar	NDIAYE	UCSPE/DGPPE	Agent	momarn-diaye6@gmail.com
109	M. Magatte	NDIAYE	SRAS Ziguinchor	Chef de Service	maxmagat@gmail.com
110	Dr. Malick Cissé	NDIAYE	DGS / PNFBR	Coordonnateur	ileyaye@yahoo.fr
111	M. Mamadou Ibrahima	NDIAYE	Service Régional de l'Action Sociale	Chef de service	srassedhiou@gmail.com
112	Dr. Léon Paul	NADIELE	Direction du Service de Santé des Armées	Chef de service	lnadieles@hotmail.com
113	Dr. Bassirou	NDIR	Région Médicale Matam	Médecin Chef	kbndir@yahoo.fr

114	M. Couma	NDONG	UAEL Kaolack	Membre	coumandong@gmail.com
115	Dr. Mame Cor	NDOUR	RSS+	COP	mame_ndour@abtsn.com
116	Dr. Cheikh Ahmadou	NDOUR	Groupe ISSA	Agent groupe ISSA	cheikhan-dour@gmail.com
117	Mme Daba	NDOUR	CSS DOS	Agent CSSDOS	dabandour91@yahoo.fr
118	M. Max Canon	NDOUR	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement	Agent	mcndour@pna.sn
119	Dr. Papa Saliou	NDOYE	District Sanitaire de Linguère	Médecin - Chef de District	bayezale@hotmail.com
120	M. Amadou Bamba	NDOYE	MSAS / Cabinet	Conseiller Technique Action Sociale	amadoun-doye@yahoo.fr
121	Dr Mor	NGOM	ACMU / DPERS	Directeur	morngom@agencecmu.sn
122	Dr. Marie Khemesse	NGOM	Direction Générale de la Santé	Directeur général	ndiayekhemesse@yahoo.fr
123	M. Matar	NIANG	CFPSE/PNA	Conseiller technique	mniang@pna.sn
124	Mme. Bousso	NIANG	DIEM/MSAS	Agent	bouso7@yahoo.fr
125	Mme. Maimouna	NIASSE	DPRS / Division Planification	Agent	mou-nase2009@live.fr
126	M. Mouhamed Abib	NIASSE	UAEL	Membre	abibn@hotmail.com
126	Dr. Jean Louis	PREIRA	LNCM/MSAS	Agent	adealcalo@yahoo.fr
127	M. Michel	SAGNA	SNEIPS	Coordonnateur technique	michel1988@hotmail.com
128	M. Youssouph	SAGNA	Agence Nationale de la CMU		youssouf.sagna@agencecmu.sn
129	Dr. Moustapha	SAKHO	Groupe ISSA/RSS+	Directeur	sakho-mous2003@yahoo.fr
130	Dr Farba Lamine	SALL	Organisation Mondiale de la Santé	Conseiller OMS	sallf@who.int
131	M. Ibrahima Aliou	SALL	Ressip/Congad	Membre	idaacsall@yahoo.fr

132	Mme. Adjaratou Ndèye Assiétou	SAMB MANE	DPRS / Division Planification	Agent	anasamb@yahoo.fr
133	M. Sérigne Mapathé	SAMB	SAAS Bignona	Partenaire Social	samb1976@hotmail.fr
134	Mme. Aminata	SAMBA	Groupe Issa	Agent	minatop1312@gmail.com
135	M. Fodelaye	SANE	DAMS/DGAS/MSAS	Chef de Division	fodelayesane@hotmail.com
136	Mme. Coumba Haby	SARR	DPRS / Cellule Economie de la Santé	CES/DPRS	sarrcoumbahaby79@gmail.com
137	M. Omar	SARR	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant	Directeur	oumsarr@gmail.com
138	M. Amadou	SARR	DPRS / Bureau des Archives	Agent	sarr.amadou8587@gmail.com
139	M. Aliou	SARR	Bureau Organisation et Méthodes / Présidence	Conseiller BOM	aliouare@gmail.com
140	Dr. Mamadou	SARR	Région Médicale Fatick	MCR Fatick	mamadoumala@yahoo.fr
141	Dr. Moussa Dieng	SARR	Service National de l'Hygiène	Chef de service	mdiensarr@yahoo.fr
142	M. Aboubacry	SARR	FNMSS		pcaaboubacry@yahoo.fr
143	Dr. Khady	SECK	Cellule Santé Communautaire	Coordonnatrice de la Cellule	didi_secko3@yahoo.fr
144	Dr. Papa Abdoulaye	SECK	DPRS / Division Planification	Chef de Division	paskou-taye2000@yahoo.fr
145	M. Assane	SECK	Service National de l'Hygiène	Agent	seckassane@gmail.com
146	M. Saer	SECK	Service régional de l'Action sociale de Kaolack	Chef de Service	secksras@gmail.com
147	M. Alioune	SECK	Centre National de réinsertion Sociale de Kaolack	Directeur	seckbaye61@hotmail.fr
148	M. Assane	SECK	AMS	Membre	gmbainor@gmail.com
149	M. Fallou	SENE	Direction de la Lutte contre la Maladie	Planificateur/DLM	fallousene59@yahoo.fr
150	M. Ibra Sene	SENE	CER/RSS+		ibra_sene@abtsn.com
151	M. Abdou	SENE	UAEL		seneabdou@hotmail.fr

152	M. Tabaski	SENE	Direction de la Lutte contre la Maladie	Agent	tabasky1971@yahoo.fr
154	M. Oumar Madany	SONKO	Direction générale de l'Action sociale	Responsable planification, suivi et évaluation	madanysonko@gmail.com
155	Mme. Maimouna	SOW	Service National de l'Hygiène	Responsable Planification	maynatacko@yahoo.fr
156	M El hadji Malick	SOUGOU	DGAS		sougoudar-manko2008@gmail.com
157	M. Magor	SOW	Agence Nationale de la CMU		magor-sow@agencecmu.sn
158	Mme. Fadoum Zakiya	SY	MFFG		fazakia@yahoo.fr
159	Mme. Fatou Ndiaye Omar	SY	Université de Bambey		fatoundiayeou-marsy@uad
160	Mme. Awa	TAMBA	DPRS / Cellule Genre	Chargée de Communication	Aawatamba@gmail.com
161	M. Aminata	THIAM	SE/DLSI/MSAS		minathiambabel@gmail.com
162	M. Pape Gora	THIAM	AMS	Membre	amsct2019@gmail.com
163	M. El hadji Goule	THIAM	SDT/3S	Partenaire Social	elhadjigou-lethiam@yahoo.fr
164	M. Marlee	TICHENOR	Université d'Edinbourg/LOSAS		marleejot@gmail.com
165	Dr. Isseu Diop	TOURE	SHOPS Plus/USAID	COP	issa_toure@abttassociates.com
166	Mme. Aissatou	TOURE	USAID/Abt Associates	Chargée Suivi Evaluation	aissatou_toure@abtsn.com
167	M. Ibrahima	TOURE	Agence CMU		ibrahima.toure@agencecmu.sn
168	M. Mamadou	TOURE	Hôpital Youssou Mbargane		Bbiomadou@yahoo.fr
169	Mme. Aminata	TRAORE	DCMS/MEN		amisokh66@yahoo.fr
170	Pr. Issa	WONE		Consultant	issawone@yahoo.fr

Ministère de la Santé et de l'Action sociale

Fann Résidence, 1 RUE Aimé Césaire

B.P. 4024 Dakar

Tél. +221 33 869 42 42

Fax. +221 33 869 42 49

www.sante.gouv.sn

N° VERT : 800 00 50 50

Samu : 1515



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