



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION

EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL



Septembre 2009

Cette publication a été produite par l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID). Elle a été élaborée par Cheikh S.A. Mbengue et Yann Derriennic (Health Systems 20/20), Fodé Diouf (Groupe Issa), Demba A. Dione (ISED), Lamine Diawara (OMS) et Abdoulaye Diagne (consultant de Health Systems 20/20).



Mission

Health Systems 20/20, qui est un projet financé par l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) pour la période 2006-2011, aide les pays appuyés par l'USAID à surmonter les barrières du système de santé pour l'utilisation des services prioritaires de santé. Health Systems 20/20 travaille au renforcement des systèmes de santé à travers des approches intégrées d'amélioration du financement, de la gouvernance, des opérations et de la pérennisation des capacités des institutions locales.

Septembre 2009

Pour recevoir des copies supplémentaires de ce rapport, prière d'envoyer un email à info@healthsystems2020.org ou de visiter le site web www.healthsystems2020.org

Cooperative Agreement No.: GHS-A-00-06-00010-00

Rapport soumis à: Dr Matar Camara
Policy and Health Finance Specialist
Health Office
Senegal Mission
United States Agency for International Development

Robert Emrey, CTO
Health Systems Division
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition
Bureau for Global Health
United States Agency for International Development

Citation recommandée : Mbengue Cheikh S.A., Yann Derriennic (Health Systems 20/20), Fodé Diouf (Groupe Issa), Demba A. Dione (ISED), Lamine Diawara (OMS) et Abdoulaye Diagne. Septembre 2009. *Evaluation du système de santé du Sénégal*. Abt Associates Inc



Abt Associates Inc. | 4800 Montgomery Lane, Suite 600 | Bethesda, Maryland 20814 |
T: 301/913-0500 | F: 301/652-3916 | www.healthsystems2020.org |
www.abtassociates.com

In collaboration with:

| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates
| Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

EVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ DU SÉNÉGAL

AVERTISSEMENT

Les points de vue exprimés dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement ceux du Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal ou de l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) ou du Gouvernement du Sénégal ou du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique

TABLE DES MATIÈRES

Sigles & acronymes	v
Remerciements	ix
I. INTRODUCTION.....	1
2. MÉTHODOLOGIE.....	3
2.1 Cadre conceptuel de l'approche d'évaluation du système de santé.....	3
2.2 Description de l'outil et de son utilisation	3
2.2.1 Présentation des modules techniques.....	3
2.2.2 Structure des modules.....	4
2.2.3 Indicateurs	5
2.3 Organisation de l'équipe d'évaluation.....	5
3. CONTEXTE NATIONAL ET CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	7
3.1 Contexte politique et administratif.....	7
3.2 Contexte macroéconomique.....	8
3.3 Environnement des affaires et climat des investissements	9
3.4 Politique de santé.....	11
3.5 Structure du système de prestation des soins.....	12
3.6 État de santé	13
3.6.1 Population.....	14
3.6.2 Mortalité.....	14
3.6.3 Santé reproductive	17
4. SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	19
4.1 Gouvernance.....	19
4.1.1 Processus de planification et d'élaboration des politiques et mécanismes de coordination des interventions des partenaires.....	19
4.1.2 Réformes organisationnelles portant sur les changements de statuts et de rôles, et sur l'organisation du système de santé.....	21
4.1.3 Transparence et obligation de rendre compte.....	24
4.1.4 Forces et faiblesses.....	25
4.2 Financement.....	27
4.2.1 Profil et structure du financement.....	27
4.2.2 Financement, gestion, analyse et planification financière.....	28
4.2.3 Couverture du risque-maladie et initiatives de gratuité et de subvention	30

4.2.4	Forces et faiblesses.....	31
4.3	Prestation de services de santé.....	32
4.3.1	Disponibilité des services.....	34
4.3.2	Accès aux services, couverture et utilisation.....	35
4.3.3	Organisation des services.....	36
4.3.4	Assurance qualité des soins.....	37
4.3.5	Forces et faiblesses.....	38
4.4	Ressources Humaines.....	40
4.4.1	Planification.....	44
4.4.2	Politiques.....	44
4.4.3	Gestion de la performance.....	46
4.4.4	Forces et faiblesses.....	46
4.5	Gestion Pharmaceutique.....	47
4.5.1	Sous secteur pharmaceutique.....	47
4.5.2	Politique, loi et réglementation pharmaceutiques.....	48
4.5.3	Sélection des produits pharmaceutiques.....	50
4.5.4	Approvisionnement.....	50
4.5.5	Entreposage et distribution.....	51
4.5.6	Bon usage.....	52
4.5.7	Disponibilité.....	52
4.6	Système d'information sanitaire.....	57
4.6.1	Définition du SIS et généralités.....	57
4.6.2	Description de l'architecture et de l'organisation du SIS.....	58
4.6.3	Analyse de la structure et de l'organisation du SIS.....	60
4.6.4	Ressources, politiques et réglementation.....	61
4.6.5	Collecte de données et qualité.....	61
4.6.6	Analyse de données.....	62
4.6.7	Utilisation de l'information pour la gestion, le développement de politiques, la gouvernance et l'obligation de rendre des comptes.....	63
4.6.8	Forces et faiblesses.....	64
4.7	Recommandations.....	66
4.7.1	Gouvernance.....	66
4.7.2	Financement.....	67
4.7.3	Prestation de services.....	67
4.7.4	Gestion des ressources humaines.....	68
4.7.5	Gestion pharmaceutique.....	68
4.7.6	Système d'information sanitaire.....	69
	Annexe A : Liste de documents consultés.....	71
	Annexe B : Données de base.....	75

SIGLES & ACRONYMES

ANCS	Alliance Nationale Contre le SIDA
AOF	Afrique Occidentale Française
ARV	Anti rétroviraux
BM	Banque Mondiale
CADL	Centre d'Appui au Développement Local
CAFSP	Cellule d'Appui au Financement et au Partenariat
CAS/PNDS	Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Arthémisinine
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDS	Centre de santé
CDSMT	Cadre de dépenses sectoriel à moyen terme
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CESSI	Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers
CHN	Centre Hospitalier National
CNDCL	Conseil National de Développement de Collectivités Locales
CNLS	Conseil National de Lutte contre le SIDA
COPE	Client-Oriented Provider-Efficient services
CPN	Consultation prénatale
CRFS	Centres Régionaux de Formation en Santé
CS	Case de santé
DAGE	Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement
DCI	Dénomination commune internationale
DERF	Direction des Études, de la Recherche et de la Formation
DNS	Dépenses nationales de santé
DPL	Direction de la Pharmacie et des Laboratoires
DQA	Audit de la Qualité des Données
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSIST	Division de la Lutte contre le SIDA et les IST
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social

ENTSO	Ecole Nationale des Techniciens Supérieurs en Odontologie
EPS	Etablissement public de santé
ESAM	Enquête sénégalaise auprès des ménages
FAR	Femme en âge de reproduction
FDD	Fonds de dotation à la décentralisation
FMI	Fonds Monétaire International
HALD	Hôpital Aristide Le Dantec
HMN	Health Metrics Network
ICP	Infirmier-chef de poste de santé
IPM	Institution de prévoyance maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
ISED	Institut Santé et Développement
IST	Infections sexuellement transmissibles
LNCM	Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MAPI	Manifestations post vaccinales indésirables
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention
OMC	Organisation Mondiale du Commerce
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONCDS	Ordre National des Chirurgiens Dentistes du Sénégal
ONG	Organisation non gouvernementale
ONMS	Ordre National des Médecins du Sénégal
ONPS	Ordre national des pharmaciens du Sénégal
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
PAC	Programme d'Appui aux Communes
PADDEL	Programme d'Appui à la Décentralisation et au Développement Local
PADELU	Programme d'Appui au Développement Local Urbain
PDIS	Programme de Développement Intégré de la Santé
PDRH	Projet de Développement des Ressources Humaines
PEC	Prise en charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNB	Produit national brut

PNDL	Programme National de Développement Local
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNIR	Programme National d'Infrastructures Rurales
PNT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PO	Plan d'opérations
POCL	Plans opérationnels des collectivités locales
PPN	Politique pharmaceutique nationale
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PS	Poste de santé
PSIDEL	Programme de Soutien aux Initiatives de Développement Local
PTA	Plans de travail annuels
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RCR	Référence contre référence
RH	Ressources humaines
RUM	Résumé d'unité médicale
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information sanitaire
SNIS	Service National de l'Information Sanitaire
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SR	Santé de la reproduction
SRO	Sels de réhydratation orale
TDR	Termes de référence
TS	Travailleuses du sexe
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCAD	Université Cheikh Anta Diop de Dakar
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	World Health Organization

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été produit sur financement de l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) et réalisé par le Projet Health Systems 20/20 avec la collaboration du Ministère de la Santé de la Prévention du Sénégal.

Les auteurs expriment leur gratitude à toute l'équipe du bureau de santé de la Mission de l'USAID au Sénégal pour le soutien qui leur a été apporté, particulièrement à Akua Kwateng-Addo, Directrice du Bureau, et au Dr Matar Camara, Spécialiste en politiques et financement de la santé.

Ils expriment leurs vifs remerciements à tous les responsables du Ministère de la Santé et de la Prévention pour leur collaboration à la réalisation de l'évaluation, et pour leur contribution à la revue technique, notamment M. Moussa Mbaye, Secrétaire Général du Ministère, Pr Omar Faye, Directeur de la Santé, Dr Mandiaye Loum, Coordonnateur de la CAS/PDMS, M. Malick Cissé Inspecteur des Affaires Administratives et Financières et Dr Moussa Diakhaté, Chef du Service National de l'Information Sanitaire.

Ils remercient également les responsables du Projet Politiques et financement de la santé (Abt-Sénégal), pour leur appui à la réalisation de l'évaluation et pour leur contribution technique, particulièrement Dr Malick Niang, Coordonnateur du Projet, François Diop et Dr Mame Cor Ndour.

Ils expriment leur profonde gratitude à Stéphanie Boulenger pour sa précieuse contribution à la conception et au démarrage de l'activité.

Ils associent dans ces remerciements Maria Claudia De Valdenebro, Asha Sharma et Liz Nugent, de l'équipe du Projet Health Systems 20/20 pour leur appui multiforme, notamment dans le formatage et l'impression du rapport.

Que tous ceux qui ont accepté de bien vouloir recevoir l'équipe d'évaluation et de répondre à ses questions trouvent ici l'expression de la profonde reconnaissance de tous les auteurs.

I. INTRODUCTION

Le Sénégal dispose depuis 1998 d'un plan stratégique décennal dans le domaine de la santé, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) mis en œuvre par le Ministère chargé de la Santé. Dans la perspective de son échéance en 2008, le Ministère de la Santé et de la Prévention s'est engagé à élaborer un autre plan stratégique couvrant la période 2009-2018.

Cet exercice intervient dans un contexte de grandes réformes en matière de finances et de budget, avec l'adoption du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), comme outil de mise en œuvre du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) et le ciblage de certains secteurs comme la santé pour opérationnaliser le CDSMT.

Avec ces nouvelles politiques, on assiste à un effort de recentrage des objectifs de développement autour des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), où la santé occupe une place centrale, avec les objectifs qui lui sont assignés en termes de réduction notable de la mortalité des mères et des enfants, par un accès accru aux services de santé de la reproduction (SR) et une maîtrise des endémies majeures comme le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

En ce qui concerne les stratégies à mettre en œuvre pour permettre de relever le défi, l'État insiste pour que l'accent soit mis sur une large participation de différents acteurs au processus de mise en œuvre des politiques, en approfondissant la décentralisation, le ciblage des groupes les plus vulnérables et la rationalisation de l'utilisation des ressources, tout cela dans un contexte de culture du "rendre compte".

L'évaluation du système de santé, qui a été réalisée pour le compte du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP), grâce à un appui de l'USAID, à travers Health Systems 2020, a été une contribution à la préparation du second PNDS et du processus de révision du CDSMT, et ses principales conclusions ont été prises en compte dans le nouveau plan.

L'ambition de cet exercice était d'apporter un éclairage à partir des conclusions et recommandations issues de la revue du système de santé du Sénégal, selon une méthode de diagnostic rapide qui sera présentée plus loin.

L'étude a analysé les facteurs et les contraintes au niveau du système et des services de santé, relativement aux dimensions suivantes : Gouvernance, Financement, Prestation de services de santé, Ressources humaines, Gestion pharmaceutique et Système d'information sanitaire.

Après la présentation des résultats provisoires et des recommandations de l'évaluation au comité de rédaction du PNDS 2, un processus de revue interne et externe, qui a duré plusieurs mois, a permis la publication du présent rapport.

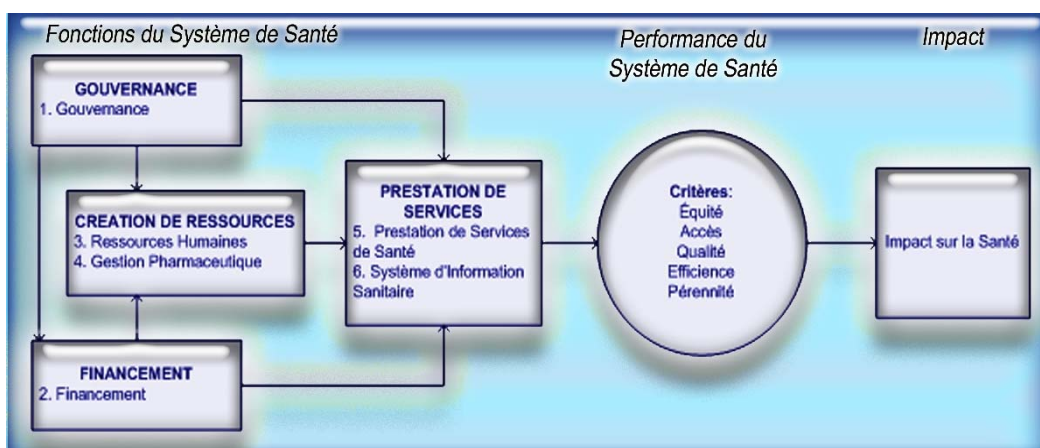
Bien que les responsables du Ministère de la Santé et de la Prévention et certains de leurs partenaires ont participé aux discussions sur le rapport préliminaire, il convient de préciser que les points de vue exprimés dans ce document n'engagent que l'équipe d'évaluation dont les membres eux-mêmes, ont pu avoir des appréciations légèrement différentes sur tel ou tel point particulier, sans que cela ne remette en question le consensus fort qu'ils ont établi sur le contenu général du rapport.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 CADRE CONCEPTUEL DE L'APPROCHE D'ÉVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le cadre conceptuel de l'approche a été développé à la suite de discussions avec l'USAID et d'autres organisations. Il est construit à partir de la définition d'un système de santé, développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui divise les systèmes de santé en 4 principales fonctions: gouvernance, financement, création de ressources et prestation de services. Les six modules techniques tombent dans ces quatre fonctions.

FIGURE I. CADRE CONCEPTUEL POUR LA PERFORMANCE DES SYSTEMES DE SANTE



2.2 DESCRIPTION DE L'OUTIL ET DE SON UTILISATION

2.2.1 PRÉSENTATION DES MODULES TECHNIQUES

L'approche a été développée sous forme de modules représentant chacun une des fonctions du système, à l'exception du Module central dont le but est de fournir des informations contextuelles pouvant s'appliquer à tous les modules. Une brève description de chaque module est donnée ci-dessous. L'annexe 2 fournit la liste complète des indicateurs et questions qualitatives par sujet pour chaque module.

- Le **Module Central** couvre, pour le pays évalué, les informations sociodémographiques et économiques de base et un survol du système de santé et du statut général de la santé. Il couvre l'environnement politique et macroéconomique, l'environnement d'affaires et le climat d'investissement, les principales causes de mortalité et morbidité, la structure des principales organisations publiques et privées impliquées dans le système de santé, la décentralisation, l'organisation des services, les bailleurs de fonds dans la santé et la coordination entre bailleurs.
- Le **Module Gouvernance** traite des capacités du système à traiter l'information, de l'élaboration et

de la planification des politiques, de la participation sociale et de la capacité de réponse, de l'obligation de rendre des comptes et de la réglementation du système de santé.

- Le **Module Financement** couvre les sources financières, le « pooling » et l'allocation des fonds incluant le budget du gouvernement et l'assurance maladie et le processus d'achat et de fourniture de services.
- Le **Module Prestation de services** examine les extrants et les résultats des services, la disponibilité, l'accès, l'utilisation et l'organisation des services, l'assurance qualité des soins de santé, et la participation de la communauté dans la prestation de services de santé.
- Le **Module Ressources humaines** couvre la planification systématique des ressources humaines, les politiques et la réglementation, la gestion basée sur la performance, la formation et l'éducation et les incitations.
- Le **Module Gestion pharmaceutique** évalue les politiques, lois et réglementations pharmaceutiques du système de santé, la sélection des produits, l'achat, l'entreposage et la distribution, la bonne utilisation et la disponibilité des produits pharmaceutiques, l'accès à des produits et services pharmaceutiques de qualité, et les mécanismes de financement des produits pharmaceutiques.
- Le **Module Système d'information sanitaire** passe en revue les composantes opérationnelles actuelles du SIS, les ressources, politiques et réglementations encadrant le SIS, la disponibilité, collecte et qualité des données, l'analyse et l'utilisation d'informations sanitaires pour la gestion et le développement de politiques sanitaires.

2.2.2 STRUCTURE DES MODULES

Chaque module est constitué de deux composantes, chacune basée sur des indicateurs¹.

La **Composante 1** est basée sur des données internationales comparables. Cette composante de l'évaluation inclut des indicateurs pour lesquels des données sont disponibles dans les bases de données internationales. Cela fournit rapidement des informations contextuelles pour chaque module. Ces données sont disponibles sur le site Internet suivant : <http://healthsystems2020.healthsystemsdatabase.org/>. Pour consulter cette base de données, il suffit de sélectionner le pays de son choix, et un tableau de données apparaîtra.

La **Composante 2** est basée sur une revue de documents spécifiques au pays analysé et sur des entretiens avec les principales parties prenantes. Cette composante de l'évaluation repose sur de multiples indicateurs, à la fois quantitatifs et qualitatifs.

L'évaluation combine une revue de littérature et des entretiens, afin d'identifier les forces et faiblesses dans chaque module technique et d'établir la relation avec la performance du système de santé. Les entretiens doivent compléter la revue de littérature, fournir des informations sur les indicateurs de performance du système de santé, qui ne peuvent être obtenus à partir des documents, et explorer les recommandations possibles. Une liste des matériaux à examiner et des parties prenantes à interroger est fournie pour chaque indicateur, ainsi que des suggestions de questions à poser².

¹Certains modules (comme le module gouvernance) proposent plutôt de développer un profil qualitatif de la fonction du système et ne se base pas uniquement sur des indicateurs.

² Pour l'instant, ces informations ne sont disponibles qu'en anglais.

2.2.3 INDICATEURS

Dans la mesure du possible, les indicateurs de chaque module, à l'exception du module sur la gouvernance sont présentés dans un format standard (voir Tableau I). La liste des indicateurs pour chaque module est présentée en annexe.

TABLEAU I : FORMAT STANDARD DES INDICATEURS

Élément	Description de l'information fournie par chaque élément
Titre de l'indicateur	
Définition, Justification et interprétation	<ul style="list-style-type: none">• Fournit une définition ou une description de l'indicateur et la raison pour laquelle l'indicateur est important pour l'évaluation• Fournit aussi de brèves instructions sur la manière de mesurer l'indicateur et d'interpréter les résultats.
Source de données suggérée	<ul style="list-style-type: none">• Donne des suggestions sur le type de document pouvant être susceptible de fournir cette information.• Fournit aussi des références à des indicateurs dans d'autres modules. Dans ces cas, le terme « Lien vers un autre module » est utilisé.
Parties prenantes à interroger	<ul style="list-style-type: none">• Donne des suggestions sur les types de parties prenantes à rencontrer pour plus d'informations liées à cet indicateur.• Cette rubrique n'est incluse que pour les indicateurs dans la Composante 2
Sujets à explorer	<ul style="list-style-type: none">• Donne des suggestions sur des sujets à explorer plus en profondeur, incluant une justification.• Cette rubrique n'est incluse que pour les indicateurs dans la Composante 2
Notes	<ul style="list-style-type: none">• Inclut tout élément que l'utilisateur devrait connaître (tel que les difficultés possibles qui vont être rencontrées pour la collecte de données) et peut inclure des suggestions sur la manière de changer ou adapter l'indicateur selon les données disponibles dans le pays.

2.3 ORGANISATION DE L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION

L'équipe est composée de six experts, chacun s'occupant d'un module donné. Elle a été accompagnée et appuyée par un haut responsable désigné par le Ministère, en l'occurrence, le Chef du Service National de l'Information Sanitaire.

Chaque expert a eu à rencontrer un certain nombre de responsables au niveau central pendant la première semaine de l'évaluation. Pendant la deuxième semaine, l'équipe s'est divisée en trois groupes pour visiter les régions de Dakar, Kaolack et Kolda. Différentes rencontres ont été programmées avec les gouverneurs, préfets, maires, responsables du secteur de la santé aux niveaux régional et périphérique, médecins et pharmaciens privés, responsables d'hôpitaux.

3. CONTEXTE NATIONAL ET CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Cette section a deux objectifs principaux. D'abord, elle place le système de santé sénégalais dans un contexte plus large, en présentant la situation macroéconomique du pays, ainsi que le contexte politique, sociologique et des affaires. Ensuite, elle offre un survol du système de santé, de l'organisation des soins et des principales causes de mortalité et de morbidité. Ceci est dans le but de mettre en perspective le contexte dans lequel évolue le système de santé, mais aussi de comprendre les différentes influences auquel il est soumis.

3.1 CONTEXTE POLITIQUE ET ADMINISTRATIF

Le Sénégal est un Etat laïc, indépendant depuis 1960. Le pays est sous un régime présidentiel pluraliste où le Président de la République est élu au suffrage universel direct. Le Président actuel a été élu pour la première fois en 2000 et réélu en 2007 pour un deuxième mandat. Le Président de la République s'appuie sur un gouvernement dirigé par un Premier Ministre.

Le Parlement est constitué de l'Assemblée Nationale et du Sénat. L'Assemblée Nationale partage le pouvoir législatif avec le Sénat, rétabli en mai 2007 après une suppression de plusieurs années. Cent-cinquante (150) députés élus au suffrage universel direct y siègent, pour une durée de cinq ans. Le mode de scrutin utilisé est un scrutin majoritaire à un tour au niveau des départements à concurrence de 90 députés et un scrutin proportionnel sur une liste nationale à concurrence de 60 députés. Le Sénat est composé de 100 membres, dont 35 élus au suffrage indirect dans les départements et 65 autres choisis par le Président de la République. Les mandats des présidents de l'Assemblée Nationale et du Sénat, qui étaient de cinq ans, ont été ramenés à un an.

Le Sénégal est divisé en 14 régions dont les noms correspondent à ceux des capitales chefs-lieux de région : Dakar, Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kédougou, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint-Louis, Sédhiou, Tambacounda, Thiès, Ziguinchor. Les 14 régions comprennent 45 départements, eux-mêmes divisés en 121 arrondissements.

Un processus de décentralisation a été entrepris depuis 1972 et a été approfondi en 1996, avec une réforme des textes de la décentralisation qui donnent des pouvoirs accrus aux collectivités locales dans des domaines de développement qui incluent la santé.

Le Sénégal comprend 3 types de collectivités locales : la région, la commune et la communauté rurale. Le pays compte 14 régions, 113 communes et 370 communautés rurales. La plus récente réforme a consisté en la création, en 2005, de la Communauté d'agglomération de Dakar regroupant les villes de la région de Dakar.

3.2 CONTEXTE MACROÉCONOMIQUE

En janvier 1994, le Sénégal a entrepris un programme de réformes économiques, avec l'aide de la communauté des bailleurs de fonds, qui a débuté avec une dévaluation de 50 % de la monnaie, le franc CFA. Les contrôles de prix et les subventions du gouvernement ont été peu à peu démantelés.

Après avoir vu son économie se rétracter de 2,1% en 1993, le Sénégal a effectué un important revirement, grâce au programme de réformes, avec une croissance réelle du PIB de 5% en moyenne annuellement entre 1995 et 2007. L'inflation annuelle a diminué et est sous contrôle. Cependant, le taux de chômage élevé continue de pousser des immigrants illégaux à quitter le Sénégal en quête de meilleures opportunités de travail à l'étranger. Le Sénégal a été également touché par une crise de l'énergie qui a causé des coupures de courants massives en 2006 et 2007. L'industrie du phosphate a eu du mal, durant deux ans, à garantir son capital et la réduction de la production a eu un impact direct sur le PIB. En 2007, le Sénégal a signé des ententes pour des nouvelles concessions minières pour le fer, le zircon et l'or avec des compagnies étrangères. Des entreprises de Dubaï ont donné leur accord pour gérer et moderniser le port maritime de Dakar et créer une nouvelle zone économique. Le Sénégal doit encore beaucoup compter sur l'aide extérieure. Le pays a vu les deux tiers de sa dette bilatérale, multilatérale et envers le secteur privé, annulés. (CIA 2008; traduit de l'anglais)

Le PIB en prix courants, selon les données du FMI, se chiffre à 5.323,83 milliards de francs CFA en 2007 ou 11,1 milliards de dollars US (852 milliards de \$US pour l'Afrique subsaharienne). Toujours selon les données du FMI, le PIB par habitant en 2007 est de 909,8 \$US. Le PIB est composé à 16% de l'agriculture (arachide, millet, maïs, sorgho, riz, coton, tomates, légumes verts; bétail, volaille, poisson), 19,4% de l'industrie (transformation des produits agricoles et du poisson, minerais de phosphate, production de fertilisants, raffinage, minerais de fer, de zircon et d'or, matériaux de construction, construction et réparation de bateaux) et 64,6% des services (CIA 2008). Le taux de chômage est estimé en 2007 à 48%.

Le taux d'inflation moyen était de 5,9% en 2007, 2,1% en 2006 et 1,7% en 2005. Ce taux est élevé, mais il reste en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne : 7,3 en 2006 et 7,2 en 2007 (FMI, 2008). En 2006, la valeur des exportations, avec 1.556 millions \$US était inférieure à la valeur des importations qui était de 3.434 million \$US (OMC, 2008). Les principaux produits d'exportation sont le poisson, l'arachide, les produits pétroliers, les phosphates et le coton. Les principaux produits importés sont la nourriture et les boissons, les biens d'équipement et les produits pétroliers.

Bien que le niveau de vie des Sénégalais s'est amélioré, entre 1994 (année de la dévaluation) et 2002, la pauvreté reste assez répandue. Les indicateurs de pauvreté harmonisés, calculés à partir des données des enquêtes sénégalaises auprès des ménages (ESAM I 1994/1995 et ESAM II, 2001/2002), confirment la tendance à la baisse de la pauvreté dans cette période. Selon ces deux sources, près de 49 % des ménages vivaient encore en dessous du seuil de pauvreté en 2001/2002, contre plus de 61 % en 1994/1995. Toutefois, la contribution des ménages ruraux à la pauvreté (c'est-à-dire le poids des ménages ruraux pauvres par rapport à l'ensemble des ménages pauvres) a augmenté, passant de moins de 62 % à 65 % (EDS, 2006).

Une mission du FMI a constaté de sérieux problèmes de dépassements budgétaires identifiés en août 2008. Ils comprennent un stock important de factures non payées au secteur privé ainsi que des dépenses extra budgétaires qui, additionnées, ne correspondent pas aux fonds disponibles et au contexte macroéconomique sénégalais. Une évaluation détaillée des factures non payées est en cours, et leur ampleur et leur manque de cohérence avec le cadre budgétaire suscitent des inquiétudes des partenaires du Sénégal

3.3 ENVIRONNEMENT DES AFFAIRES ET CLIMAT DES INVESTISSEMENTS

Le tableau 2 présente les résultats d'une enquête menée par la Banque Mondiale auprès des entreprises sénégalaises. L'enquête mesure les perceptions des entreprises, quant aux plus importants obstacles à leur croissance, l'importance relative de diverses contraintes à l'augmentation de l'emploi et de la productivité et les effets de l'environnement des affaires sur leur compétitivité.

L'enquête montre qu'au Sénégal, c'est le taux de taxation qui représente un obstacle majeur, suivi par les contraintes liées à l'administration publique et la corruption. Bien que les contraintes rencontrées par les chefs d'entreprise au Sénégal soient similaires à celles rencontrées dans d'autres pays, leur intensité est souvent supérieure. Des problèmes relatifs au marché du travail formel sont notés, dont le déficit relatif de formation de la force de travail, le faible développement de la formation professionnelle et une forte prévalence du paludisme qui génère un absentéisme certain. En ce qui concerne les marchés financiers, les données de l'enquête indiquent que les coûts des financements et l'accès aux financements figurent au nombre des préoccupations les plus importantes des chefs d'entreprise. Dans le domaine des infrastructures, plusieurs déficiences peuvent être notées : problèmes de maintenance et d'engorgement du réseau routier, problèmes liés au transport ferroviaire (absence de voies de communication en bon état avec la sous-région, et notamment vers le Mali, en raison de la vétusté des infrastructures ferroviaires), problème d'enlèvement des déchets et problèmes de fourniture d'électricité. (Azam, 2005)

**TABLEAU 2 : RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES ENTREPRISES AU SÉNÉGAL
(WORLD BANK GROUP, 2008)**

Réglementation et taxes	Sénégal	Région	Tous les pays
Temps passé par les cadres supérieurs pour s'occuper des exigences requises par la réglementation gouvernementale (%)	2,9	7,31	7,61
Nombre moyen de visites ou de réunions requises avec les fonctionnaires du système de taxation	1,76	4,03	3,53
% d'entreprises ayant identifié les taux de taxation comme contrainte majeure	40,54	44,31	35,74
% d'entreprises ayant identifié l'Administration en charge de la taxation comme contrainte majeure	27,81	31,34	26,61
Permis et licences	Sénégal	Région	Tous les pays
Nombre de jours pour obtenir des licences d'opération	21,37	17,54	30,28
Nombre de jours pour obtenir des permis de construire	38,52	56,73	66,01
Nombre de jours pour obtenir des licences d'importation	21,15	15,25	19,09
% d'entreprises ayant identifié l'obtention de permis et de licences d'affaires comme contrainte majeure	17,93	17,35	14,73
Corruption	Sénégal	Région	Tous les pays
% d'entreprises effectuant des paiements informels aux fonctionnaires publics (pour faire avancer les choses)	18,12	43,32	35,53
% d'entreprises offrant des cadeaux pour obtenir des licences d'opération	21,09	18,2	15,93
% d'entreprises offrant des cadeaux lors de réunions avec les fonctionnaires du système de taxation	18,66	19,72	25,27
% d'entreprises offrant des cadeaux pour assurer des contrats avec l'Etat	36,32	42,54	26,91
% d'entreprises ayant identifié la corruption comme contrainte majeure	23,84	31,54	32,12

Réglementation et taxes	Sénégal	Région	Tous les pays
Sécurité	Sénégal	Région	Tous les pays
% d'entreprises payant pour la sécurité	60,09	62,91	60,97
Pertes dues au vol, vandalisme et les incendies volontaires contre l'entreprise (% des ventes)	4,13	3,53	1,98
Coûts pour la sécurité (% des ventes)	1,24	1,99	1,69
Produits acheminés pour fournir les marchés locaux, qui sont perdus en raison du vol (%)	0,24	0,74	0,67
% d'entreprises ayant identifié le crime, le vol et le désordre comme contrainte majeure	11,61	24,5	20,53
Absence de déclaration	Sénégal	Région	Tous les pays
% d'entreprises disant qu'une entreprise type déclare moins de 100% de ses ventes pour des raisons de taxation	21,63	51	45,66
% d'entreprises de service en compétition contre des entreprises non enregistrées ou informelles	74,11	64,75	63,46
% d'entreprises enregistrées au moment de débiter les opérations dans le pays	78,86	81,39	90,78
Nombre d'années où l'entreprise a opéré sans être enregistrée	0,95	1	0,53
Genre	Sénégal	Région	Tous les pays
% d'entreprises où des femmes participent à la gestion	26,33	28,56	28,41
% de travailleurs à temps-plein qui sont des femmes	10,61	20,19	26,49
% de femmes à des postes seniors	4	7,44	8,51
Finances	Sénégal	Région	Tous les pays
% d'entreprises avec une ligne de crédit ou un prêt d'une institution financière	15,25	23,27	33,34
% d'entreprises faisant appel à des banques pour financer leurs investissements	19,77	13,18	16,13
% d'entreprises faisant appel à des banques pour financer leurs dépenses	9,59	21,29	27,56
Valeur de la garantie requise pour un prêt (en % du montant du prêt)	128,75	139,83	137,67
% d'entreprises identifiant l'accès au financement comme contrainte majeure	49,21	47,76	29,24
Infrastructures	Sénégal	Région	Tous les pays
Nombre de coupures d'électricité en un mois	11,75	13,86	11,36
Valeur perdue en raison des coupures d'électricité (% des ventes)	4,98	5,96	4,31
Délais pour obtenir une connexion électrique (jours)	9,43	36,82	30,32
Nombre moyen d'incidents d'insuffisance d'eau en un mois	7,15	8,26	7,43
Délai pour obtenir une connexion d'eau (jours)	14,09	42,32	36,98
Délai pour obtenir une ligne téléphonique (jours)	8,9	50,64	31,66
Innovation et technologie	Sénégal	Région	Tous les pays
% d'entreprises ayant une certification qualité internationalement reconnue	6,09	12,17	14
% d'entreprises dont les rapports financiers annuels ont fait l'objet d'un audit externe	25,81	48,45	50,73
% d'entreprises utilisant des technologies ayant reçu une licence d'entreprises étrangères	9,21	10,68	12,49

Réglementation et taxes	Sénégal	Région	Tous les pays
% d'entreprises utilisant leur propre site Internet	14,56	19,98	38,94
Commerce	Sénégal	Région	Tous les pays
Temps moyen de passage en douane des exportations directes (jours)	8,91	5,13	5,27
Temps moyen de passage en douane des importations directes (jours)	8,85	8,83	8,25
% d'entreprises exportatrices	13,45	20,57	25,27
% d'entreprises qui utilisent des intrants et/ou des produits d'origine étrangère	45,75	64,47	58,17
% d'entreprises qui ont identifié la réglementation douanière et du commerce comme contrainte majeure	15,12	20,9	17,18
Main d'oeuvre	Sénégal	Région	Tous les pays
% d'entreprises offrant des formations	16,3	34,55	37,98
Nombre moyen d'employés saisonniers/temporaires, à temps partiel	7,81	30,59	23,6
Nombre moyen d'employés permanents, à temps plein	14,09	62,68	85,86
% d'entreprises identifiant la main-d'oeuvre comme contrainte majeure	4,83	10,27	12,51

3.4 POLITIQUE DE SANTÉ

La santé est considérée comme une composante essentielle du développement économique du pays, comme l'affirme l'article 14 de la Constitution (" l'État et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille") et par la ratification des textes internationaux, tels que la Déclaration universelle des droits de l'Homme, la charte de l'OUA et la Convention des droits de l'enfant.

Les nouvelles orientations de cette politique de santé et d'action sociale, qui découlent de la Déclaration de la politique de santé et d'action sociale de juin 1989, s'appuient sur l'approche programme, traduite à travers le PNDS, pour la période 1998-2007. Un second PNDS est élaboré pour la période 2009-2018.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS), qui a couvert la période de 1998 à 2002, était la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS. Le PDIS était exécuté annuellement par le biais des plans d'opération (PO) produits par tous les acteurs du développement sanitaire, de la périphérie au niveau central. Le pilotage d'ensemble du PDIS était assuré par la Cellule d'appui et de suivi du PNDS (CAS/PNDS) et l'information sanitaire était gérée par la Direction des Etudes, de la Recherche et de la Formation (DERF) qui était ainsi chargée du suivi et de l'évaluation du programme au niveau du Ministère. Les réformes inscrites sur l'agenda du PDIS concernaient l'organisation du Ministère de la Santé, le sous-secteur hospitalier, le sous-secteur de la pharmacie et du médicament et le financement de la santé.

3.5 STRUCTURE DU SYSTÈME DE PRESTATION DES SOINS

Le Ministère de la Santé et de la Prévention a essentiellement pour mission de mettre en œuvre, sous l'autorité du Premier Ministre, la politique arrêtée par le Président de la République dans les domaines de la santé, de l'éducation à la santé et de la prévention.

Le district sanitaire est le niveau opérationnel comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser les limites d'un département entier ou d'une partie d'un département. Chacun des 69 districts sanitaires est géré par une équipe-cadre dirigée par un médecin-chef.

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones.

La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe-cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale.

Le niveau central comprend, outre le cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés.

FIGURE 2: ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Ministre		
Cabinet du Ministre		
Directions Nationales	Services rattachés	Établissements Publics de santé
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement</i> • <i>Direction de la Santé</i> • <i>Direction des établissements de Santé</i> • <i>Direction de la Prévention médicale</i> • <i>Direction des Ressources Humaines</i> • <i>Direction de l'Hygiène Publique</i> • <i>Direction des Pharmacies et des Laboratoires</i> • <i>Régions Médicales</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS</i> • <i>Inspection de la Santé</i> • <i>Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat</i> • <i>Service National de l'Information Sanitaire</i> • <i>Service National de l'Éducation et de l'Information pour la Santé</i> • <i>Laboratoire National de Contrôle des Médicaments</i> • <i>Cellule Informatique</i> • <i>Cellule d'Appui au Financement de la Santé et au Partenariat</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pharmacie Nationale d'Approvisionnement</i>

3.6 ÉTAT DE SANTÉ

Le tableau 3 résume les principales statistiques de santé sur le Sénégal, par rapport à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne et des pays à bas revenus.

TABLEAU 3 : DONNÉES COMPOSANTE I, SENEGAL.

	Senegal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional	Date	Valeur moyenne par catégorie de revenu	Date
			Afrique subsaharienne		Pays à bas revenus	
Dynamiques de Population						
Population totale	11,385,910	2004	15,439,321	2004	43,077,991	2004
Croissance de la population (par an en %)	2.37	2004	2.16	2004	2.28	2004
Population vivant en zone rurale (% du total)	49.68	2004	62.58	2004	68.6	2004
Population vivant en zone urbaine (% du total)	50.32	2004	37.42	2004	31.4	2004
Santé Reproductive						
Prévalence contraceptive (% de femmes entre 15 et 49 ans)	10.5	2000	21.39	2000	21.25	2000
Taux de fécondité total (naissances par femme)	4.9	2004	5.19	2004	5	2004
Femmes enceintes recevant au moins une consultation prénatale (%)	82	1999	83.6	1999	80.5	1999
Femmes enceintes recevant au moins 4 consultations prénatales (%)	64	1999	56	1999	51.67	1999
Prévalence du VIH, total (% pour population entre 15 et 49 ans)	0.8	2003	8.88	2003	4.45	2003
Mortalité						
Espérance de vie à la naissance (années)	56.14	2004	48.45	2004	53.15	2004
Taux de mortalité infantile (par 1000 naissances vivantes)	77.6	2004	92.24	2004	86.41	2004
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (par 1000)	136.6	2004	149.43	2004	135.54	2004
Mortalité maternelle, ratio (par 100000 naissances vivantes)	690	2000	841.42	2000	768.32	2000
Revenu et inégalités						
PIB par habitant (constant \$US)	460.84	2004	931.54	2004	342.26	2004
Croissance en % du PIB (annuelle)	6.16	2004	5.03	2004	5.6	2004
Dépenses de santé par habitant (en \$US international)	58	2003	115.87	2003	68.7	2003
Dépenses de santé du secteur privé en pourcentage des dépenses totales de santé	58.2	2003	50.23	2003	54.66	2003
Versements directs des ménages en pourcentage des dépenses privées en santé	95.3	2003	79.71	2003	84.95	2003
Index Gini	--	--	39.27	2003	47.17	2004

(Source: The World Bank-WDI-2006, WHO-The World Health Report-2006)

3.6.1 POPULATION

La population est estimée à près de 12 millions d'habitants, dont 50% vit en milieu rural. Selon le dernier rapport de l'EDS, la région de Dakar, qui est la moins étendue puisqu'elle occupe 0,3 % du territoire national, abrite près de 23% de la population totale et 75 % de la population urbaine. La région la plus étendue, Tambacounda, abrite environ 6 % de la population.

La croissance démographique est assez élevée (2,4 %), en raison principalement d'un taux de fécondité total (nombre de naissances par femme en âge de procréation) de 4,9. L'espérance de vie à la naissance, qui est de 56,1 ans (2004) est supérieur à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (48,4 ans) ou des pays à faibles revenus (53,1 ans).

Le taux d'alphabétisation est fortement corrélé au degré d'urbanisation. Pour une moyenne nationale de 65 % d'analphabètes, le taux d'analphabétisme le plus faible est observé à Dakar (35 %) ; Ziguinchor suit avec 43 %. Dans les autres régions, en dehors de Saint-Louis et Thiès, l'analphabétisme se situe à plus de 75 %. Bien que le Sénégal compte plus de 20 ethnies, plus de 90 % de la population appartient à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43 %), Pulaar (24 %), Sereer (15 %), Joola (5 %) et Manding (4 %). La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 %). Les chrétiens représentent 4 % de la population, alors que les animistes et les adeptes des autres religions représentent 2 %. (EDS, 2005)

3.6.2 MORTALITÉ

La mortalité maternelle était estimée en 2000 par l'OMS à 690 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, se situant donc en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (841,4) et de celle des pays à faibles revenus (768,3). L'EDS IV (2005) l'a estimée à 401 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Quant à la mortalité infantile, en 2004, elle était de 77,6 pour 1.000 naissances vivantes, contre 99,2 pour les pays d'Afrique subsaharienne et 86,4 pour les pays à faibles revenus. Il faut noter que l'EDS 2005 rapporte un taux de mortalité infantile bien supérieur pour les zones rurales (82 en zone rurale contre 52 en zone urbaine), en particulier Kolda (100) et Tambacounda (100). Les quintiles les plus pauvres sont très affectés, avec 89 pour le plus pauvre, 85 pour le second, 73 pour le moyen, 53 pour le quatrième et 41 pour le plus riche.

Les dix principales causes de mortalité étaient constituées, en 2002, par les infections respiratoires (16%), le paludisme (13%), les conditions périnatales (9%), les diarrhées (7%), la tuberculose (5%) – voir encadré 1-, les maladies cardiovasculaires (4%), la cardiopathie ischémique (4%), le VIH/SIDA (3%) - voir encadré 2-, les accidents de la route (3%) et la coqueluche (2%). (OMS 2006)

Encadre I : Résumé de la proposition Tuberculose de la série 8

Le Programme d'action communautaire contre la tuberculose (PACT), proposé dans la proposition du Fonds Mondial Série 8, est initié, en collaboration avec le PNT, par Family Heath International et Africare, deux ONG unies dans un consortium dénommé Groupe d'action contre la tuberculose au Sénégal (GAT). Sa durée de mise en œuvre est prévue sur 5 ans (2009-2013) pour un budget estimatif de 17 791 333 euros. Il est soutenu par le Ministère de la Santé et de la Prévention pour compléter les interventions du PNT dans le cadre de la série 7 par une plus grande implication du niveau communautaire dans la lutte contre la TB.

Le but du PACT est de contribuer à l'atteinte des objectifs du plan stratégique national par l'augmentation du taux de détection des nouveaux cas TPM+ de 60% en 2007 à 70% en 2013 et à l'augmentation du taux de succès du traitement de 76% (cohorte 2006) à 85% en 2013, conformément aux orientations du Partenariat Stop TB et aux engagements pris par le pays pour l'atteinte des OMD. Pour atteindre ce but, les objectifs et domaines de prestation de services suivants sont retenus:

- **Objectif 1** : *poursuivre l'extension d'un DOTS de qualité et de la décentralisation jusqu'au niveau communautaire dans les 65 districts sanitaires du pays.*
- **Objectif 2** : *lutter contre la co-infection TB/VIH, la TB MDR et s'attaquer à d'autres défis.*
- **Objectif 3** : *donner la capacité d'agir aux personnes atteintes de TB et à la communauté.*
- **Objectif 4** : *favoriser et promouvoir la recherche.*

Ce programme est conçu dans une perspective de pérennisation des interventions communautaires et de renforcement de la collaboration entre les communautés et les structures de santé. L'approche centrale est de capitaliser les acquis du mouvement associatif œuvrant dans la santé communautaire depuis plusieurs décennies. Les actions, qui vont cibler la totalité des 11 régions du Sénégal, seront mises en œuvre en collaboration le PNT et les ONG sous bénéficiaires. Les ONG sous- bénéficiaires vont sous contractualiser et encadrer 650 OCB qui mettront en œuvre un paquet d'interventions communautaires TB composé des volets Sensibilisation, Soutien et Soins. Le PNT va sous contractualiser avec les 65 Districts sanitaires pour mener les activités liées à la planification, formation, supervision et reporting, ainsi qu'au soutien aux patients TB nécessiteux (Transport, nutrition, aides d'urgence, etc.).

Encadré 2: Le VIH/SIDA au Sénégal (Commission nationale de coordination du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, 2008)

Le Sénégal est un pays caractérisé par une épidémie VIH/SIDA de type concentré avec une faible prévalence au niveau de la population générale (0,7%) et des prévalences assez élevées chez les populations clés les plus exposées au risque: les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH – 21,5%) et les Travailleuses du sexe (TS – 19,8%). Un partenariat international et national impliquant le gouvernement, la Banque mondiale, l'USAID, le Fonds Mondial et le système des Nations Unies, la société civile, des secteurs publics clés, une expertise scientifique, les groupes confessionnels et les Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) s'occupe des questions de VIH/SIDA.

Il persiste des contraintes majeures pour un accès universel aux services de prévention de soins et de traitements. Il s'agit essentiellement des pesanteurs socioculturelles qui entravent les efforts de prise en charge et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des TS et des HSH., une lenteur de la mise en œuvre du passage à l'échelle des interventions, une faiblesse des capacités de mise en œuvre au niveau périphérique, une faible connaissance des modes de transmission si on y inclue les fausses croyances, des insuffisances dans le continuum de soins et dans la prise en charge communautaire socioéconomique des PVVIH et des OEV et un gap de financement lié à la fin des projets Fonds Mondial Round 1 (Mars 2008) et Banque mondiale (2009).

Pour relever les défis actuels et futurs de la réponse, le gouvernement du Sénégal a élaboré un cadre d'intervention unique, le Plan stratégique de lutte contre le Sida (PSLS) 2007-2011 et un cadre de dépense à moyen terme sur le VIH/SIDA 2008-2013 en vue de renforcer les acquis de prévention et de prise en charge, d'atteindre l'OMD 6 sur la réduction de l'impact du Sida, du paludisme et de la tuberculose et de contribuer à l'atteinte de l'OMD 3 sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, de l'OMD 4 sur la réduction de la mortalité infantile et de l'OMD 5 sur la réduction de la mortalité maternelle. L'exécution du plan stratégique et du CDMT VIH/SIDA se fait à partir de plans opérationnels consolidés et multisectoriels régional et national de lutte contre le Sida.

Le Sénégal a déjà bénéficié de deux projets du Fonds Mondial Round 1 (2003-2008) et Round 6 (2007-2011).

L'objectif de la plus récente proposition est d'accélérer la mise à l'échelle pour atteindre un accès universel aux services de prévention des soins, de traitement et de soutien pour tous ceux qui en ont besoin sur le territoire sénégalais. La proposition comporte 3 buts qui visent à contribuer i) à la réduction de nouvelles infections VIH, ii) à l'amélioration de la qualité de vie des personnes infectées et affectées et iii) au renforcement de la gestion de la coordination et de l'information stratégique. La proposition comporte un important volet de renforcement du système de santé et du système communautaire pour combler la faiblesse des capacités de mise en œuvre du secteur santé, de la société civile du secteur privé et des autres secteurs publics en charge des groupes vulnérables à l'infection.

Dans un souci de cohérence, et de complémentarité avec le Round 6, la coordination des composantes programmatiques mises en œuvre par le secteur public, le secteur privé et les collectivités locales (IEC/CCC, CDV, PTME, prise en charge médicale et le suivi-évaluation) sera assurée par le Secrétariat exécutif du Conseil national de lutte contre le Sida (SE/CNLS) ; la coordination des composantes programmatiques mises en œuvre par les ONG et les associations de PVVIH (incluant la prise en charge communautaire des PVVIH et des OEV etc.) sera assurée par l'Alliance nationale contre le Sida (ANCS).

3.6.3 SANTÉ REPRODUCTIVE

Les dernières données de l'OMS, qui datent de 2000, indiquent une prévalence contraceptive de 10,5%, se situant donc en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne (21,4%). Ce chiffre semble même avoir baissé selon l'EDS 2005, puisqu'elle est passée à 8,7% pour toutes les méthodes de contraception et 7,6% pour les méthodes modernes³. Toujours selon l'EDS 2005, les raisons évoquées quant à l'intention de ne pas utiliser la contraception sont, par ordre d'importance, l'opposition à l'utilisation (21,9%), le désir d'avoir des enfants (14,3%), la peur des effets secondaires (11,1%), les interdits religieux (10,6%) et l'opposition du mari (9,1%).

³ Les méthodes modernes comprennent : la pilule, le DIU, les injectables, le diaphragme, la mousse, la gelée, le condom féminin, le condom masculin, la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, les implants, la pilule du lendemain, la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)

4. SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

4.1 GOUVERNANCE

4.1.1 PROCESSUS DE PLANIFICATION ET D'ÉLABORATION DES POLITIQUES ET MÉCANISMES DE COORDINATION DES INTERVENTIONS DES PARTENAIRES

La fonction de gouvernance des systèmes de santé implique que les activités mises en œuvre soient basées sur des politiques et plans clairement définis et connus de tous les acteurs, et dont l'élaboration et l'évaluation sont faites sur une base participative. Elle suppose également que les mécanismes de coordination des interventions des différents acteurs, y compris les partenaires au développement, soient formellement déterminés et appliqués.

Au cours des dix dernières années, la politique de santé du Sénégal a été mise en œuvre à travers le Programme national de développement sanitaire (PNDS) qui a connu deux phases : un premier Programme de développement intégré de la Santé (PDIS 1) de 1998 à 2003, et un deuxième Programme de développement intégré de la Santé (PDIS 2) de 2004 à 2008. Au moment de l'élaboration du PNDS, la Déclaration de la Politique nationale de Santé de juin 1989 et le IX^e Plan national de développement économique et social (1996 – 2001) étaient les seuls cadres de référence, au plan sectoriel et national.

De 1998 à 2005, des Plans d'opérations (PO) annuels ont été élaborés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, pour la réalisation des activités des services centraux du Ministère de la Santé, des régions médicales et des districts sanitaires. La Cellule d'appui et de suivi du PNDS (CAS/PNDS) a été créée pour accompagner la mise en œuvre du PNDS.

Le premier Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP 1), qui a couvert la période 2003-2005, servira de référence à l'élaboration du PDIS 2 qui était plutôt un « essai de réajustement du PNDS ». Le second Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP 2) qui couvre la période 2006-2010, marquera l'utilisation dans le secteur de la santé, du Cadre de dépense sectoriel à moyen terme (CDSMT), cadre de programmation et d'exécution budgétaire de la politique sectorielle. Le CDSMT se veut un outil de mise en cohérence des allocations budgétaires et des politiques, d'amélioration de l'efficacité des dépenses publiques et de renforcement de la responsabilisation et de l'obligation de rendre compte.

A partir de 2005, du fait de l'arrêt du financement de la Banque mondiale, relatif au fonctionnement de la CAS/PNDS, plusieurs structures du Ministère de la Santé n'ont pu élaborer leur PO, ce qui a occasionné des distorsions dans la mise en œuvre des activités. Outre ces problèmes de financement, la CAS/PNDS est confrontée à une insuffisance de ressources humaines pouvant lui permettre de mener à bien sa mission. Il s'y ajoute que la CAS/PNDS s'est longtemps limitée à assurer la coordination des interventions des partenaires, là où certains acteurs du Ministère de la Santé la percevaient comme le cadre d'élaboration des politiques et stratégies sectorielles, même si ses attributions ont été étendues en 1984.

La création d'une direction technique chargée de la planification, des études, de la recherche et du suivi-évaluation permettrait de donner un poids institutionnel réel à la structure chargée de la planification. En outre, elle permettrait l'articulation de fonctions connexes et complémentaires que sont les études, la recherche, la planification et le suivi-évaluation.

L'application du CDSMT, à partir de 2006, a marqué l'institutionnalisation des Plans de travail annuels (PTA) des districts et régions qui ont la particularité d'intégrer les Plans d'opération des collectivités locales (POCL). Ceci venait corriger une anomalie de taille, parce que les interventions des collectivités locales n'étaient pas inscrites de manière systématique dans les PO des districts et régions, bien qu'au terme de la loi 96-06 du 22 mars 1996, des compétences leur ont été transférées en matière sanitaire.

La gouvernance du système de santé du Sénégal est marquée par l'institutionnalisation de l'élaboration de plans décennaux de développement sanitaires depuis 1998, et de la pratique de la planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces plans sont en cohérence avec les cadres nationaux de définition des politiques et de planification. Cependant, les activités mises en œuvre dans le secteur de la santé sont souvent en décalage avec les plans opérationnels du fait de difficultés à intégrer les activités des plans des programmes verticaux et ceux des unités opérationnelles; d'où le taux important d'activités planifiées et non réalisées, ou d'activités réalisées non planifiées. Si on y ajoute la faible capacité de planification des acteurs, on perçoit le risque que les activités de planification soient considérées comme des exercices routiniers sans grande incidence sur la mise en œuvre des activités.

L'élaboration des plans, notamment le PNDS 1, s'est faite sur une base participative, avec l'implication des différentes catégories d'acteurs, notamment les partenaires du Ministère et les responsables des différents niveaux de la pyramide sanitaire. Malheureusement, si le PDIS 1 a fait l'objet d'une évaluation avant l'élaboration du PDIS 2, il faut regretter que le PNDS 1 n'ait pas fait l'objet d'une évaluation qui aurait servi, grâce à l'utilisation d'un processus participatif similaire à celui qui a présidé à sa conception, de fondement à l'élaboration du PNDS 2.

La coordination des interventions se fait par l'utilisation d'instruments de suivi comme :

- la revue annuelle conjointe qui regroupe, outre les responsables du Ministère de la Santé, ceux d'autres ministères, les partenaires au développement, les ONG, les collectivités locales et la société civile, et qui formule des recommandations pour l'année;
- la cellule chargée de la planification et du suivi, co-présidée par le Ministre de la Santé et le Ministre de l'Économie, des Finances et du Plan, dont les réunions sont trimestrielles, et qui sont élargies semestriellement aux partenaires au développement;
- la mission conjointe de supervision formée de représentants du Ministère de la santé, des partenaires au développement et des autres catégories d'acteurs (société civile, ONG, collectivités locales, comités de santé), qui organise semestriellement une visite de terrain pour le suivi de l'exécution des activités programmées;
- les comités régionaux et départementaux qui assurent la coordination technique des interventions à leurs niveaux de responsabilités respectifs et qui impliquent les différentes catégories d'acteurs.

Les mécanismes de coordination des interventions des partenaires semblent satisfaire les différents acteurs, en assurant notamment une implication réelle des partenaires au développement qui fournissent au Ministère de la Santé une contribution technique et financière très importante.

4.1.2 RÉFORMES ORGANISATIONNELLES PORTANT SUR LES CHANGEMENTS DE STATUTS ET DE RÔLES, ET SUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

La gouvernance du système de santé appelle la mise en place d'un dispositif organisationnel qui garantit les conditions d'une mise en œuvre optimale de la politique sectorielle. Le système de santé est organisé selon une structure pyramidale qui comprend, au niveau central, le cabinet du Ministre et les directions et services nationaux, au niveau intermédiaire, les régions médicales, et au niveau périphérique, les districts qui sont les unités opérationnelles de mise en œuvre de la politique sanitaire.

La réforme de décentralisation politique de 1996 et les changements intervenus dans la structuration du niveau central vont affecter considérablement l'organisation du système.

En transférant aux collectivités locales des compétences dans 9 domaines de développement comprenant celui de la santé, la loi 96-06 du 22 mars 2006 introduit dans le système de santé de nouveaux acteurs institutionnels dont les responsabilités vont revêtir une importance considérable. En effet, au terme de la loi de 1996:

- la région est responsable de la gestion et de l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux (jusqu'à l'avènement de la réforme hospitalière qui a transformé les hôpitaux en établissements publics autonomes), de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des centres de santé ruraux, et de la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène ;
- la commune est responsable de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des centres de santé urbains, ainsi que de la construction, de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des postes de santé urbains ;
- la communauté rurale est responsable de la construction, de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des postes de santé, des maternités et des cases de santé.

Le Président du Conseil régional assure la présidence du Conseil d'administration de l'hôpital régional; le maire préside les comités de gestion des centres de santé et postes de santé urbains; le Président du Conseil rural préside le comité de gestion des postes de santé ruraux. En outre, l'avis du Président du Conseil régional est requis pour la nomination des médecins chefs des centres de santé ruraux, alors que celui du maire est un préalable à la nomination des médecins-chefs des centres de santé urbains et des chefs des postes de santé urbains.

Les fonds de dotation de la décentralisation constituent des ressources allouées aux collectivités locales pour leur permettre de prendre en charge les compétences qui leur sont transférées. L'utilisation de ces fonds au bénéfice des structures de santé a été, pendant plusieurs années, la source de conflits, latents ou manifestes, entre les autorités locales et les responsables des formations sanitaires. En effet, les ressources destinées au fonctionnement des structures de santé, qui étaient, jusqu'ici, gérées directement par les responsables desdites structures, ont été intégrées dans les fonds de dotation alloués aux collectivités locales. Pendant plusieurs années, pour des raisons liées à la méconnaissance des textes ou à une gestion peu transparente de ces ressources par les autorités locales, les structures de santé ont connu quelques difficultés dans leur fonctionnement. Ces problèmes qui ont fait l'objet de plusieurs consultations entre le Ministère de la Santé et les associations d'élus, ont connu un début de solution. Mais, il demeure que jusqu'en 2008, les responsables de structures de santé se plaignent encore du fait que les fonds de dotation sont pas utilisés conformément aux besoins exprimés par les structures de santé. En outre, les ressources traditionnellement destinées au district sanitaire ont été intégrées dans le fonds de dotation en tant que fonds destinés au fonctionnement du centre de santé de

district. L'allocation de ressources spécifiques aux communautés rurales, pour assurer la gestion de l'entretien des postes de santé, se veut une solution à ces distorsions.

La non fonctionnalité des comités de gestion contribue pour une large part à cette situation, parce qu'elles devaient être les instances de concertation, de programmation et de suivi de la gestion des formations sanitaires comprenant l'utilisation des ressources transférées. L'existence de comités de santé, instances de cogestion des formations sanitaires composées de représentants des populations, à côté des comités de gestion, a entretenu un flou relatif aux compétences des différents acteurs dans la gestion des structures de santé. La réforme des organes de gestion des formations sanitaires, initiée par le Ministère de la santé, en collaboration avec les associations d'élus locaux, vise la résolution de cette question par la création d'une instance unique de cogestion comprenant les élus locaux, les responsables des formations sanitaires et les représentants des populations.

Cependant, en se limitant au seul niveau des formations sanitaires, la réflexion sur les organes de gestion semble comporter des limites inhérentes à la non-prise en compte du district sanitaire par les lois de décentralisation. En effet, les lois de 1996 ignorent le district sanitaire en posant les relations entre les collectivités locales et le système de santé sous l'angle exclusif de rapports entre lesdites collectivités et les structures de santé. Pour assurer une cohérence entre l'intervention des collectivités locales et l'orientation de la politique sanitaire qui fait du district l'unité opérationnelle, la réforme devrait prendre en compte la création d'une instance de coordination regroupant les collectivités locales présentes sur le territoire du district, les autorités sanitaires et les autres catégories d'acteurs comme les ONG et les associations communautaires. Cette instance serait le lieu idéal de synthèse des POCL, d'élaboration des PTA, de suivi de l'exécution des activités et de coordination de l'intervention des différents acteurs, y compris la concertation entre les collectivités locales et les districts sanitaires sur l'utilisation des fonds de dotation.

Les autorités sanitaires locales, dans leur relation avec les présidents de conseil régional, maires et présidents de conseil rural, se trouvent dans une position de faiblesse institutionnelle liée au fait que ces autorités locales sont souvent des responsables politiques d'envergure nationale, dont le pouvoir réel et l'influence sur les décideurs est sans commune mesure avec ceux du médecin-chef de région, du médecin-chef de district ou de l'infirmier-chef de poste de santé. Pour protéger le niveau périphérique du système dans ses relations avec les autorités politiques locales, souvent très puissantes, le MSP devrait proposer l'institutionnalisation de mécanismes formels d'évaluation annuelle des relations entre les collectivités locales et les structures du Ministère avec lesquelles elles interagissent (régions médicales, districts sanitaires et EPS). Le Ministère de l'Économie des Finances, le Ministère en charge des collectivités locales et les associations d'élus locaux devraient être partie prenantes à cette évaluation annuelle. En plus de fournir des recommandations spécifiques pour l'amélioration de la collaboration entre les collectivités locales et le secteur de la Santé, elle permettrait au Gouvernement de prendre les mesures correctives nécessaires, dans le cas où des autorités locales utiliseraient des ressources allouées au secteur de la santé à des fins autres que celles auxquelles elles sont destinées.

L'organisation du Ministère de la Santé a été affectée par plusieurs changements liés à répartition des services techniques de l'État. Les directions et services chargés de la Prévention, de l'Hygiène et des Infrastructures ont été les plus concernés par ces changements, avec des créations de structures internes au Ministère de la Santé, suivies de leur scission entre plusieurs ministères ou de leur transfert vers d'autres départements ministériels. La fréquence de ces changements a affecté l'organisation interne du Ministère, du fait qu'une nouvelle modification intervenait au moment où le Ministère proposait des textes réglementaires fixant les attributions des services en fonction du changement précédent.

Le Ministère de la Santé a été confronté, ces dernières années, à des problèmes de coordination, qui ont été unanimement signalés par les responsables du niveau central au cours de cette évaluation. En effet, si

le décret relatif à l'organisation et au fonctionnement du Ministère, fait du cabinet du Ministre le lieu de coordination des actions des directions et services nationaux, la tâche ou la fonction de coordination technique n'est conférée à aucun responsable de manière spécifique. Il en résulte que la fonction de coordination technique est assurée par le Ministre, son Directeur de cabinet ou un de ses principaux conseillers, suivant leur profil ou la nature de la question devant être résolue. Le Secrétaire Général du Ministère est perçu par certains responsables comme devant assurer la coordination des interventions des directions et services nationaux, alors que les attributions qui lui sont conférées par les textes ne prennent pas en compte la coordination technique. Il s'y ajoute que le profil du poste qui est celui d'un administrateur civil, n'est pas compatible avec la fonction de coordination technique.

La création d'une direction générale de la santé coordonnant les interventions de toutes les directions techniques et des régions médicales, à côté des directions d'appui chargés des ressources humaines, de l'administration, des finances, des équipements et du matériel, devrait être envisagée. Le règlement de cette question, qui a souvent été évoquée dans les discussions sur l'organisation du Ministère et la coordination de ses activités (IAGU, 2001), devrait être considéré comme une priorité.

La région médicale qui est chargée d'organiser la collaboration technique entre les structures régionales de la santé, de fournir un appui aux activités des districts sanitaires, et d'assurer l'inspection et le contrôle des structures sanitaires et publiques de la région, souffre d'un manque de capacités techniques et managériales lié notamment à l'insuffisance de ressources humaines. Pour lui permettre d'assumer au mieux ses missions, la région médicale devrait être renforcée tant en moyens humains que matériels. Cependant, la création de nouvelles régions médicales, qui appelle l'affectation de ressources additionnelles au niveau intermédiaire, pourrait constituer une contrainte au renforcement de la région médicale.

Depuis leur création par le décret 61 -360 du 11 septembre 1961, les régions médicales ont conservé la même dénomination, alors que les circonscriptions médicales ont laissé la place aux districts sanitaires, pour marquer l'esprit de la stratégie des soins de santé primaires, qui élargit la sphère des activités du secteur au-delà des aspects strictement médicaux, pour épouser une approche holistique. Dans cette mesure, il serait plus cohérent que les régions médicales soient remplacées par des directions régionales de la santé, de telle sorte que l'ancien diptyque « région médicale/circonscription médicale » soit remplacé par le diptyque « direction régionale de la santé/district sanitaire ».

Le district, qui est l'unité opérationnelle de mise en œuvre de la politique sanitaire, est administré par une équipe-cadre de district, dirigée par le médecin-chef de district qui cumule cette fonction avec celle de médecin-chef du centre de santé de district. Pour permettre au médecins-chefs de district de consacrer plus de temps à leurs tâches de coordination et de supervision des activités du district, le Ministère a pris la décision de leur adjoindre un médecin pour les aider dans leurs tâches de direction du centre de santé de district. Cette formule, qui est expérimentée dans plusieurs centres de santé, permet un renforcement de ces structures en personnel médical. Cependant, elle ne règle pas la question du cumul des fonctions de médecin-chef de district et de médecin-chef du centre de santé de district, avec des risques de déséquilibre dans la prise en charge d'une fonction au détriment de l'autre. Le Ministère de la Santé devrait envisager de dissocier ces deux fonctions, en nommant un médecin-chef du centre de santé de district, placé sous l'autorité du médecin-chef de district, au même titre que tous les agents travaillant dans le district. Cette dissociation qui serait du même type que celle existant entre la fonction de médecin-chef de région et celle de Directeur de l'hôpital régional, aurait l'avantage de clarifier les rôles, et de donner à chaque responsable la latitude de se consacrer principalement aux tâches de direction qui lui sont confiées. Le nouveau médecin-chef du centre de santé serait, évidemment, membre de l'équipe-cadre de district et le médecin-chef de district pourrait assurer des vacations au centre de santé, comme le médecin-chef de région le fait à l'hôpital régional. La construction d'un bureau du district, en dehors du centre de santé, pourrait contribuer à mieux clarifier

la dissociation de ces fonctions. Cependant, la création récente de nouveaux districts, qui appelle l'allocation de ressources supplémentaires, va constituer une contrainte à la mise en œuvre de cette recommandation. Une application progressive, en fonction des moyens disponibles et du niveau d'organisation interne de chaque district serait la démarche la plus appropriée.

4.1.3 TRANSPARENCE ET OBLIGATION DE RENDRE COMPTE

L'examen de la fonction de gouvernance prend en compte les questions de transparence et d'obligation de rendre compte qui renvoient respectivement à une gestion respectueuse de règles claires et connues de tous, et à l'exigence faite à chaque acteur de rendre compte des actions dont il a la charge.

Le sentiment général qui ressort des entretiens avec les différents acteurs rencontrés est que le secteur de la santé est affecté par des pratiques de corruption et par une relative impunité, et ce point de vue est étayé par des exemples contenus dans le rapport de l'étude sur la Gouvernance et la corruption dans le système de santé au Sénégal (Forum civil 2004). Il y est fourni une illustration assez détaillée de la situation vécue dans les formations sanitaires où certains responsables et agents de santé se livrent en toute impunité à des pratiques illicites telles que le rançonnement, la vente parallèle de médicaments, l'utilisation à des fins privées du matériel et des locaux publics et la « gratuité informelle ».

Ce rapport a été le prétexte de la tenue d'un forum sur la « Gouvernance dans le secteur de la santé au Sénégal » (31 mars–1^{er} avril 2006) qui s'inscrivait dans un processus de collaboration entre le Ministère de la Santé et d'autres acteurs intéressés par cette question. Il ressort de cette étude que, dans certaines formations sanitaires, des agents de la pharmacie s'approvisionnent en médicaments auprès de certains fournisseurs pour les revendre aux patients, parallèlement au circuit légal. Il en découle, évidemment, un manque à gagner considérable pour la trésorerie des structures de santé concernées. Un cas de vente illégale de médicaments impliquant le médecin-chef du centre de santé a même été évoqué dans le rapport.

La « gratuité informelle » renvoie à la pratique de certains agents de santé qui permettent à des patients de bénéficier des services offerts par la structure sanitaire sans aucune contrepartie financière, pour des raisons liées à des relations amicales ou familiales. Certes, le contexte social sénégalais, fortement caractérisé par la solidarité et l'entraide, place les agents de santé dans des situations où ils se sentent obligés de d'offrir des soins gratuits à des parents, voisins ou amis mais, si les mécanismes de contrôle ne permettent pas de freiner ces pratiques, on peut en déduire qu'ils laissent la porte ouverte à toutes sortes de malversations.

Certains professionnels de santé utilisent les formations sanitaires publiques et leur matériel dans le cadre de consultations fournies à titre privé, en violation flagrante des textes en vigueur. Cette pratique est très prononcée dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) où certains chefs de service consacrent à leurs activités privées un nombre d'heures largement supérieur à celui autorisé par les textes. Ils en arrivent même à y consacrer la majeure partie de leur temps de travail, tout en utilisant de manière abusive le matériel de l'hôpital. D'autres médecins, à qui les textes ne donnent aucune possibilité d'exercice à titre privé dans leur lieu de travail, s'adonnent pourtant à cette pratique. En outre, des malades qui se rendent dans des structures publiques sont souvent contraints par les prestataires de les retrouver dans des structures privées où ils officient. L'exercice illégal d'activités privées dans les formations sanitaires publiques et le détournement de malades affaiblissent la viabilité des structures de santé et constitue une violation du droit à un service public de santé.

Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle montre le degré d'impunité qui règne dans les structures publiques de soins, parce qu'aucune mesure de rétorsion n'est prise pour y faire face, alors que ces errements ne sont pas inconnus des directeurs d'hôpital et des responsables du Ministère. La

principale explication qui nous a été fournie sur l'absence de réaction des autorités est que, dans les CHU, les postes de chef de service sont occupés par des professeurs titulaires de chaire qui dépendent de l'Université et qui, pour cette raison, échappent à l'autorité des directeurs de CHU et du Ministère. La signature d'une convention entre l'Université et les établissements publics de santé que sont les CHU devrait être l'occasion de prévoir des dispositions qui mettraient fin à cette situation. Une première option serait de dissocier la qualité de titulaire de chaire et la fonction de chef de service, sur le modèle de l'Hôpital Général de Grand-Yoff (HOGGY) où officient des universitaires qui sont, en général, placés sous l'autorité de chefs de service désignés par la direction de l'hôpital. Cette option pourrait être envisagée dans la perspective de la réalisation du nouvel hôpital national, Dallal Jamm, qui devra disposer du plateau technique le plus élevé du pays, et pour lequel des modalités d'organisation différentes de celles des CHU actuels pourraient être envisagées. Une seconde option serait de maintenir le statu quo, en continuant à faire nommer les titulaires de chaire au poste de chefs de service, tout en prévoyant, dans les conventions entre les établissements de santé et les universités, des mécanismes de contrôle et d'évaluation et des sanctions qui permettraient de mettre fin à l'impunité, et qui rendraient aux pouvoirs publics, et à la direction de chaque établissement de santé concerné, l'autorité qui leur a échappé du fait de ce flou institutionnel qui favorise toute sorte de dérapages.

La faiblesse des moyens du Service d'Inspection du Ministère explique, en partie, que des pratiques délictuelles ont cours dans les formations sanitaires, sans qu'aucune mesure de rétorsion ne soit prise. En effet, les responsables rencontrés reconnaissent que ce service est faiblement doté en ressources humaines et matérielles, et que le secteur de la santé, qui est le seul secteur national à abriter des milliers de structures qui vendent des services tous les jours et à toute heure, de la communauté rurale à la capitale, en passant par le département et la région, ne dispose pas d'un service d'inspection et de vérification adaptés à cette spécificité. Ce service étant organisé de la même manière que ceux des autres ministères, alors que l'ampleur des tâches à couvrir est plus importante que partout ailleurs, il est impossible de s'assurer de la transparence dans la gestion des formations sanitaires. Il convient de doter le Service d'Inspection en ressources humaines et matérielles à la hauteur de ses missions et de la spécificité du secteur de la santé. Les mécanismes de contrôle existants au niveau des centres de santé et postes de santé ont certes permis, à plusieurs reprises l'arrestation de responsables de comités de santé indéliques, mais ils ne suffisent pas à garantir une réelle transparence dans la gestion.

L'implication des associations de consommateurs et des associations de défense des droits de la personne dans les activités du secteur de la santé aurait pu contribuer à une garantie plus effective des droits des patients, mais ces organisations, qui sont pourtant très dynamiques, semblent ignorer que leur engagement pourrait participer largement à améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé. Pour encourager cette implication, et pour améliorer la gouvernance et la qualité des services dans les formations sanitaires, il pourrait être mis en place, en collaboration avec la société civile, des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers qui feraient l'objet de rapports périodiques soumis à l'autorité compétente et discutés par tous les acteurs concernés par la gestion des structures. La liberté de presse étant effective au Sénégal, la presse traite l'information sur les questions de santé de manière libre ; ce qui constitue un atout dans le cadre de la promotion de la gouvernance dans le secteur de la santé, parce que les récriminations des usagers ne peuvent pas être étouffées.

4.1.4 FORCES ET FAIBLESSES

Forces

- La pratique de la planification est institutionnalisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- L'élaboration de plans décennaux de développement sanitaire a été institutionnalisée depuis 1998.

- Des mécanismes de concertation et de coordination entre le Ministère et les partenaires au développement existent depuis plusieurs années et ils fonctionnent de manière correcte.
- Les partenaires sociaux sont impliqués dans les processus d'élaboration de politiques et dans les rencontres importantes du Ministère de la Santé.
- La décentralisation du financement et des pouvoirs de décision au niveau des districts et des collectivités locales facilite la mise en œuvre des activités au niveau opérationnel.
- La participation des populations à la santé est une tradition vieille de plusieurs décennies.
- La presse traite l'information sur les questions de santé de manière libre.
- L'accès à Internet est assuré au niveau central, dans les régions médicales et dans la quasi-totalité des districts sanitaires.

Faiblesses

- Le secteur privé n'est pas impliqué dans les processus d'élaboration des politiques et dans les processus décisionnels majeurs intéressant le secteur de la santé.
- Aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, les activités planifiées sont souvent en inadéquation avec les activités exécutées.
- La pratique de l'évaluation systématique des plans n'est pas toujours respectée, comme dans le cas du PNDS I qui n'a pas fait l'objet d'un processus formel d'évaluation.
- Au niveau central, le Ministère souffre de la mauvaise coordination des activités des directions techniques et des régions médicales.
- L'application des réformes de décentralisation adoptées en 1996 n'a pas totalement répondu aux attentes parce que les agents de santé méconnaissent les textes, les comités de gestion des formations sanitaires ne sont pas fonctionnels et certaines collectivités locales n'utilisent pas correctement les fonds de dotation de la décentralisation destinés à la santé.
- Les dispositions régissant l'exercice à titre privé dans les centres hospitaliers universitaires sont violées par les praticiens, dans l'impunité la plus totale, en l'absence de conventions entre les hôpitaux et les universités, qui détermineraient les responsabilités de chaque partie et garantiraient l'autorité réelle des directeurs d'hôpital sur les chefs de service.
- Le Service d'inspection du Ministère est insuffisamment doté en ressources humaines et en moyens matériels et financiers, et son organisation n'est pas adaptée à la spécificité du secteur de la santé, qui est le seul secteur national à abriter des milliers de structures qui vendent des services tous les jours et à toute heure.
- La gouvernance dans le secteur de la santé souffre de l'absence de mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers.
- Les associations de consommateurs et des associations de défense des droits de la personne sont faiblement impliquées dans les activités du secteur de la Santé.

4.2 FINANCEMENT

Le financement est la fonction d'un système de santé concerné par la mobilisation, l'accumulation et l'affectation de fonds pour parer aux besoins de santé individuels et collectifs dans le système de santé.⁴

Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique et de soins de santé individuels efficaces⁵

4.2.1 PROFIL ET STRUCTURE DU FINANCEMENT

Les dépenses nationales en santé (DNS) étaient de 254 196.425.119 F CFA en 2005 (DNS : 23 450 FCFA per capita, Population : 10 839 807 habitants).

Les sources de financement sont, par ordre croissant, les fonds privés (43,05%), représentés à 87% par les ménages, les fonds publics (35,94%) et les bailleurs de fonds et autres (21,02%).

78% des fonds publics sont gérés par le MSP, 77% des fonds privés sont gérés par les ménages et 64% des fonds du reste du monde sont gérés par le MSP.

Les agents de financement sont, par ordre croissant, le secteur public (53%), le secteur privé (43,3%) et le reste du monde (4%).

76,7% des fonds du secteur privé sont gérés par les ménages, soit 84,365 milliards de francs CFA et les 25,668 milliards de francs CFA restants sont gérés par les assurances, les entreprises et les autres fonds privés.

La part de l'administration centrale représente 35% des DNS; celle des ménages représente 38%, celle de la coopération représente 15%, celle des ONG internationales représente 6% et celle des collectivités locales représente 1% des DNS.

Les soins de prévention et de santé publique sont évalués à 56,449 milliards FCFA soit 22% des DNS. 78% des dépenses de cette catégorie de soins sont exécutées par les programmes, 9 % par les hôpitaux publics (hôpitaux et centres de santé), 8% par les prestataires ambulatoires (publics et privés).

Les soins hospitaliers représentent 48,511 milliards de francs CFA, soit 60% des soins curatifs avec 88 % pour les structures hospitalières publiques et 12%; pour les cliniques privées. La part des soins ambulatoires est de 25,269 milliards F CFA, soit 31%.

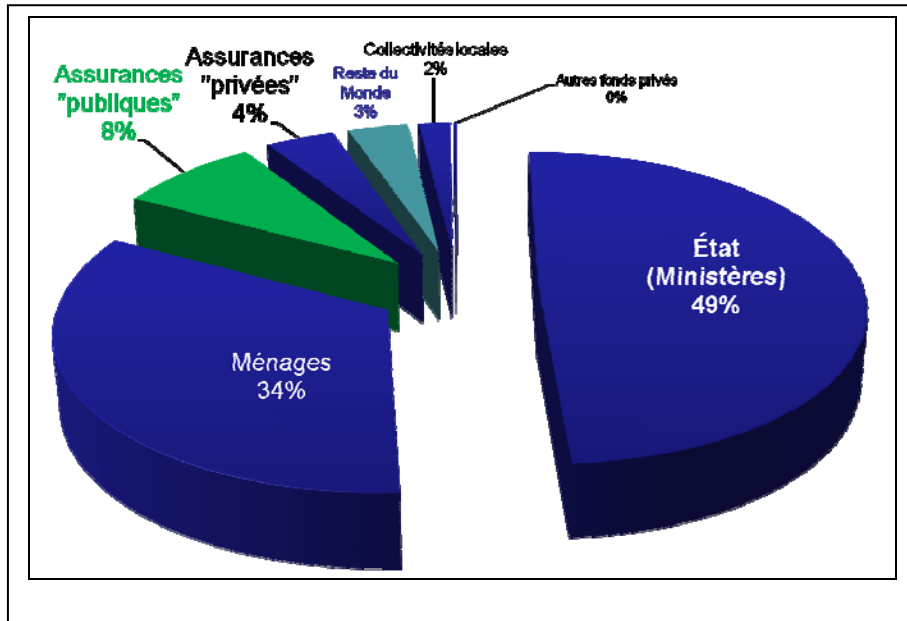
50% des dépenses directes des ménages vont au médicament (dont 14% pour le marché illicite) et 65% du versement direct des ménages vont aux prestataires privés.

Pour ce qui concerne le financement des hôpitaux publics, la contribution des ménages est de 34%, contre 49% pour l'Etat (voir figure 3).

⁴ OMS, Rapport sur la Santé dans le Monde 2000, pour un système de Santé plus performant, Chapitre 5, Qui Finance les Systèmes de Santé, page 109

⁵ Idem, page 109

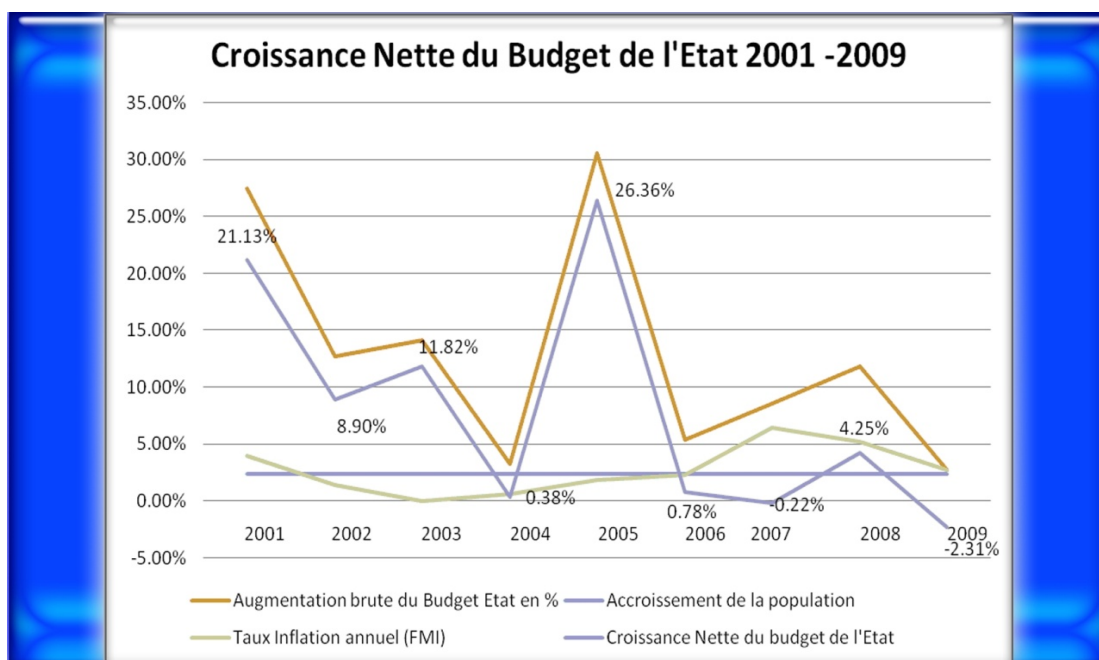
FIGURE 3: MODALITES DE FINANCEMENT DES HOPITAUX PUBLICS



4.2.2 FINANCEMENT, GESTION, ANALYSE ET PLANIFICATION FINANCIERE

L'Etat a fait un effort considérable, ces dernières années pour le financement de la santé, passant de 53 milliards de FCFA en 2000 à 79,7 milliards de FCFA en 2006. L'impact de cet effort mesuré en dépenses par habitant est réduit par l'accroissement de la population et le taux d'inflation (voir figure 4)

FIGURE 4 : CROISSANCE NETTE DU BUDGET DE L'ETAT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE



Source : DAGE, Ministère de la Santé et de la Prévention et OMS, www.who.int/nha/country/sen/en/

L'exercice des Comptes nationaux de la santé de 2005 a fait ressortir que les hôpitaux publics ont utilisé 50% des ressources du Ministère⁶. Ceci ne prend en compte que les hôpitaux nationaux et régionaux, parce qu'au Sénégal les centres de santé de district ne sont pas considérés comme des hôpitaux de districts et ne font donc pas partie du secteur hospitalier. Cette consommation de 50% des ressources du Ministère n'est pas en harmonie avec une politique axée sur les soins de santé primaires.

De plus, les informations reçues pendant cette revue ont fait ressortir que beaucoup d'hôpitaux ont des problèmes de trésorerie, dus en grande partie au non versement de la subvention de l'Etat. Ce qui mène à la conclusion que les hôpitaux, qui ont une autonomie financière, devraient être mieux gérés et qu'ils ont besoin du respect par l'Etat de ses engagements pour être plus efficaces et plus efficaces.

Dans le cadre de la décentralisation lancé en 1996, certaines responsabilités dans le secteur sanitaire ont été dévolues aux autorités locales à tous les niveaux. Cette dévolution a été suivie d'un transfert de ressources étatiques pour la santé à travers les collectivités locales. Ces ressources, appelées fonds de dotation, sont versées d'une manière ponctuelle chaque année – souvent pendant le deuxième semestre de l'année. Certaines des collectivités de la région de Dakar, qui est la plus riche du pays, utilisent leurs propres ressources pour financer les structures sanitaires. Les autres collectivités du pays contribuent faiblement, sur fonds propres, à l'effort de financement. Néanmoins, cette décentralisation du financement a renforcé la collaboration entre les prestataires du secteur public et les élus locaux dans la planification des fonds et dans la planification locale, notamment avec l'élaboration conjointe des plans d'opérations des collectivités locales.

Il y a, au sein et en dehors du Ministère, une capacité analytique de la problématique du financement de la santé. Cette capacité est démontrée dans les nombreuses études et analyses produites, dont

⁶ CNS 2005 Présentations de la CAFSP au comité de pilotage, 10 septembre 2008. Tableaux Excel fourni au consultant, Rapport sur les CNS au Sénégal (en finalisation)

beaucoup sont citées dans la bibliographie. Certains partenaires au développement disposent de compétences dans ce domaine et apportent leur soutien au Ministère. Cette capacité nationale est un atout majeur dans la recherche de l'efficacité et de l'efficacités dans le secteur. Le principal défi est celui de son utilisation optimale.

Le CDMT et ses démembrements sectoriels, les Cadres de dépenses sectoriels à moyen terme (CDSMT), ont été mis en place sur la base d'une planification par objectifs qui répond aux OMD et aux objectifs du DSRP. La planification par objectifs est également la base des plans de travail annuels (PTA) des structures sanitaires et des POCL des collectivités locales. Cette planification exige une planification financière sur la base des activités et des résultats.

Malheureusement, le CDSMT n'est pas exploité pleinement. Il n'est pas utilisé comme base de l'arbitrage annuel du budget avec le Ministère de l'Economie et des Finances. Au niveau du Ministère, sa faible utilisation est signalée par le manque de clés de répartition/allocation des ressources. L'allocation des ressources devrait se faire sur la base du CDSMT et des clés d'allocation connues en découleraient. Sans une répartition transparente des ressources de l'Etat, il est difficile de suivre et d'apprécier les dépenses réelles effectuées – surtout par rapport aux intentions et aux politiques du gouvernement. Si le suivi et l'évaluation de l'exécution du budget est difficile, il ne peut pas avoir de « rendre compte ». Ce déphasage entre l'outil de planification financière et les ressources allouées est présent à tous les niveaux. Le processus d'élaboration des PTA et POCL n'est pas informé par un cadrage budgétaire. Un manque de cohérence entre l'effort budgétaire basé sur les résultats/programmes et les moyens fournis risque de décourager les planificateurs et de mener à court terme à un abandon de l'outil et de l'approche.

4.2.3 COUVERTURE DU RISQUE-MALADIE ET INITIATIVES DE GRATUITÉ ET DE SUBVENTION

La couverture du risque-maladie ne concerne que 20% de la population⁷. Bien qu'il s'agit d'un des taux les plus élevés d'Afrique de l'Ouest, il reste faible eu égard au fait que les ménages contribuent pour 38% à la DNS, malgré le niveau élevé de la pauvreté. Cette protection est fournie par plusieurs instruments ; les instituts de prévoyance maladie (IPM) pour les employés du secteur privé, le régime des agents de l'Etat dit « régime des imputations budgétaires » pour les fonctionnaires), les mutuelles de santé et l'assurance privée individuelle.

Chacun de ces instruments a des possibilités de croissance et d'extension, notamment les mutuelles et les IPM, dont le potentiel est faiblement exploité, et qui devraient bénéficier d'un soutien technique et financier, dans le cadre d'une politique nationale d'extension de la couverture du risque-maladie. Les mutuelles de santé communautaires, qui sont les mécanismes les plus adaptés au développement de l'assurance maladie dans le secteur non-formel, ne bénéficient pas d'un appui direct de l'Etat, comme cela s'observe dans des pays comme le Rwanda ou le Ghana, qui ont dépassé respectivement 80% et 50% de couverture de leur population en matière d'assurance-maladie. Certes, la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque-maladie prend en compte cette question, mais il convient de mettre en exergue, de manière très nette, la nécessité d'un appui direct de l'Etat aux mutuelles de santé, qui est indispensable dans le contexte d'un pays où près de la moitié de la population vit encore en-dessous du seuil de la pauvreté.

⁷ Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cellule d'appui au financement et au partenariat, Elaboration d'une Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais, mars 2008, page 12.

Le Gouvernement du Sénégal a pris conscience du fardeau des dépenses de la santé sur les ménages, surtout les plus pauvres. Cet engagement c'est traduit par des initiatives de gratuité (Plan Sésame, césarienne et accouchement gratuits, ARV gratuits, etc.) ou de subvention (CTA, etc.). Le total des subventions directes (hors subvention usuelles et coûts partagés avec les formations sanitaires et comité de gestions) est estimé à 3,6 milliards de francs CFA en 2006⁸ (environ 5% des dépenses publiques vers la santé).

Les initiatives de gratuité et de subvention traduisent la volonté de l'Etat de prendre en charge une partie du fardeau des dépenses de santé pour certains groupes, maladies, ou conditions. Ces initiatives ne sont pas coordonnées et ne sont pas gérées d'une manière efficace et transparente. Par exemple, le plan Sésame, qui concerne la gratuité des soins pour les plus de 60 ans, et la gratuité des accouchements et césariennes sont gérés par différentes directions au sein du Ministère. La subvention à la vente des CTA dans le secteur public et privé est gérée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Il n'y a pas d'adéquation entre les montants des subventions et le coût réel des services fournis ; ce qui explique en partie que la situation particulièrement critique du secteur hospitalier.

Cette situation pose deux problèmes majeurs : le premier est que les ressources ne sont pas distribuées d'une manière efficace, car chaque programme/subvention est considéré isolément des autres⁹. Le second est que les prévisions de ressources nécessaires pour poursuivre ces interventions ne sont pas faites de manière systématique. Ce qui pourrait mener à des problèmes de fonctionnement et à des remboursements. Ceci est particulièrement préoccupant pour le plan Sésame, car le Gouvernement, en n'honorant pas les factures des hôpitaux participe à la fragilisation de leur équilibre financier. En outre, les initiatives de subvention et de gratuité, si elles ne sont pas correctement encadrées, peuvent déstabiliser, à terme, le système de santé.

4.2.4 FORCES ET FAIBLESSES

Forces

- La hausse régulière du financement de l'Etat participe à la pérennisation des activités dans le secteur de la santé.
- La décentralisation du financement est une opportunité de renforcement de la collaboration entre les prestataires du secteur public et les élus locaux.
- L'Etat, à travers les initiatives de gratuité, manifeste une volonté politique réelle de réduire le fardeau des ménages.
- Le Ministère et ses partenaires disposent de ressources humaines de qualité dans le domaine de l'analyse de la problématique de financement.
- L'existence d'outils de planification financière adaptés, comme le CDMT est une opportunité, notamment pour une adéquation entre les objectifs de la politique sanitaire et l'affectation des ressources.
- La multiplicité des instruments de couverture du risque-maladie offre la possibilité de toucher toutes

⁸ Concertation nationale sur le système hospitalier, octobre 2006, cité dans l'élaboration d'une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais, mars 2008, page 15.

⁹ Le manque de transparence du processus ne rend pas possible une analyse des critères d'allocation pendant l'arbitrage interne au Ministère

les catégories de la population, dans le cadre d'une politique de développement de l'assurance-maladie.

Faiblesses

- Le CDSMT n'est pas exploité pleinement, notamment dans l'arbitrage annuel du budget.
- Le secteur hospitalier, qui concerne les niveaux régional et national, se débat dans de graves difficultés financières, malgré le fait qu'il absorbe 50% des ressources du Ministère.
- Les initiatives de gratuité et de subvention ne sont pas gérées de manière coordonnée et le niveau des subventions reçues par les structures sanitaires n'est pas en adéquation avec le cout réel des services.
- Le taux de couverture du risque-maladie est faible et les initiatives d'assurance-maladie à base communautaire, à travers les mutuelles de santé ne bénéficient pas d'un soutien financier conséquent de l'Etat.

4.3 PRESTATION DE SERVICES DE SANTE

L'organisation et la gestion des services ont pour finalité de produire des services curatifs, préventifs, éducatifs et promotionnels, relativement aux attentes et objectifs de la politique de santé. A ce titre, les prestations de service demeurent une fonction principale, animée par des prestataires aux qualifications variées exerçant dans les secteurs public et privé. Un système performant devra s'attacher à mettre en cohérence les différents secteurs, pour éviter des pratiques parallèles, sources de problèmes sans solutions (comme les accusations portées contre certains prestataires du secteur privé qui appliqueraient de traitements fantaisistes qui produirait des germes multi résistants).

Ainsi, l'organisation de l'offre de services se fait autour des structures de santé, normalement prédéterminées par une carte sanitaire, qui épousent une distribution pyramidale pour le cas du Sénégal, avec 20 hôpitaux de niveau national et régional au sommet, 76 centres de santé, 1 173 postes de santé et environ 2200 cases de santé qui sont des démembrements desdits postes de santé.

Les cases sont au niveau le plus périphérique et sont le socle des activités communautaires, qui pourraient constituer une alternative vers l'accès à des soins de base pour les pays pauvres et en voie de développement. Les structures sanitaires sont réparties au sein de 14 régions médicales et des 65 districts sanitaires. On notera que le Sénégal a opté depuis 1992 pour le « districting » au niveau opérationnel, notion qui a remplacé celle des circonscriptions médicales, entités administratives se superposant aux préfectures d'alors.

Les postes de santé constituent le socle de la pyramide sanitaire et couvrent l'ensemble du territoire au sein des 65 districts sanitaires du pays. Il y a cependant dans leur distribution des écarts certains que les pouvoirs publics ont tenté de réduire avec la multi-sectorialité : depuis 2000 des postes de santé sont créés par des ministères autres que celui de la santé. Le secteur privé, les infirmeries et dispensaires paramédicaux ont largement contribué à cette large couverture du territoire. Les cases de santé, qui constituent un démembrement des postes de santé, sont au nombre de 2200 environ, et constituent le point de départ des activités communautaires, même si parfois leur pérennité est très aléatoire.

Les centres de santé constituent le premier niveau de référence et fonctionnent comme des hôpitaux de district (dénomination utilisée dans d'autres pays africains et par l'OMS). Leur personnel et leur équipement leur permettent de prendre en charge des pathologies plus complexes ou compliquées, parfois même des interventions chirurgicales, telles que la césarienne (Centre référence Type 2). Une

description plus détaillée du paquet de services qu'ils pourraient offrir faciliterait le plan de formation du personnel, ainsi que les relations avec les hôpitaux. Globalement ils peuvent faire face aux pathologies médicales courantes, aux soins dentaires, aux activités de santé maternelle et aux soins de l'enfant en usant de moyens de diagnostic assez limités. On dénombre 76 centres de santé au Sénégal dont moins du 1/3 sont aujourd'hui de type 2. L'expérience des médecins de centre de santé compétents en SOU/SONU a donné des résultats satisfaisants pour la prise en charge des accouchements par césarienne, comme cela se fait dans la plupart des pays d'Afrique centrale et de l'Est où les médecins reçoivent leur diplôme avec des compétences pour la césarienne et une chirurgie dite « légère » (hernie, appendicectomie, réduction de fracture et manœuvre instrumentale pour sauver la vie).

La répartition de ces centres de santé au sein du territoire est assez satisfaisante, nonobstant quelques écarts dans les régions de Tambacounda et Matam, zones très vastes et peu peuplées ; ainsi la faible couverture dans ces zones est à relativiser.

Les hôpitaux sont au nombre de 20 avec 8 à Dakar où l'on dénombre 2 hôpitaux nationaux ayant un statut de Centre de formation universitaire, 2 hôpitaux militaires, qui reçoivent néanmoins tous les demandeurs de soins, un hôpital municipal dans la ville et 3 autres dans la banlieue de Dakar. Les seuls hôpitaux privés du pays sont confessionnels et sont situés dans les villes de Thiès et de Touba ; du reste la gestion de l'hôpital de Touba a été transférée au Ministère de la Santé. A l'exception de Fatick et des nouvelles régions (Matam, Kaffrine, Sédhiou) toutes les régions du pays ont en leur sein un hôpital constituant une référence de second niveau. Le plateau technique est plus élevé selon qu'on monte dans la pyramide, en supposant que seules les pathologies les plus lourdes, et suivant la référence, devraient parvenir dans les hôpitaux nationaux qui, malheureusement, sont parfois fréquentés pour des cas simples.

Du point de vue des infrastructures, les centres de santé et postes de santé sont repartis de manière assez équilibrée dans le pays, ce qui n'est pas encore le cas pour les hôpitaux si l'on s'en réfère à la norme « une région - un hôpital ». Par ailleurs, il est à se demander si les effectifs actuels peuvent permettre la mise en place d'autres hôpitaux, du fait que ceux déjà en activité connaissent des difficultés pour disposer de ressources humaines de qualité.

TABLEAU 4 : REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES PAR REGION

Région	Nombre de centres de santé	Nombre de postes de santé	Nombre d'hôpitaux	Population
Dakar	19	222	8	2 622 408
Diourbel	4	79	2	1 319 308
Fatick	6	82	0	627 804
Kaffrine	3	44	0	492 685
Kaolack	4	81	1	757 743
Kédougou	2	20	0	118 921
Kolda	2	48	1	553 708
Louga	5	81	1	777 085
Matam	3	66	1	533 385
Saint-Louis	5	116	2	837 583
Sédhiou	2	40	0	418 278
Tambacounda	7	73	1	610 550
Thiès	9	126	2	1 471 754
Ziguinchor	5	95	1	474 374
Pays	76	1173	20	11 615 586

La médecine privée

Pour l'essentiel, les structures médicales privées sont concentrées à Dakar, et ce, malgré les tentatives des ONG de rééquilibrer cette donne par l'installation de structures communautaires médicalisées.

Le secteur privé, institutionnellement rattaché à une division du Ministère, évolue tout de même de façon presque parallèle, tant du point de vue de la coordination des actions et des approches sanitaires que de celui de l'intégration des résultats au système d'information sanitaire. Ainsi, les données d'enquête (EDS) révèlent toujours des taux de couverture au delà des résultats colligés par le Ministère (SNIS). De ce point de vue la prise en compte du secteur privé, dans une approche globale de résolution des problèmes de santé, s'avère être une urgence.

Le système de référence

La référence est conçue pour fonctionner de bas en haut et vice-versa, donc des postes de santé aux centres de santé et de ces derniers aux hôpitaux de région et ensuite aux hôpitaux nationaux. Ce schéma reste encore dans une large mesure une vue théorique, relativement à l'absence de spécialistes dans les hôpitaux régionaux et dans les centres de santé, en plus de l'absence de rétro-information sur les cas référés. Ce système doit assurer le lien et la continuité des soins à partir de tout point de prestation de service du territoire. Cela suppose donc un fonctionnement optimal des différents niveaux.

4.3.1 DISPONIBILITÉ DES SERVICES

La disponibilité des services se définit par rapport à un certain nombre d'exigences liées à la structure, aux équipements et fournitures, aux ressources humaines dont les compétences et à la continuité des services.

Sous cet angle, la disponibilité des services publics au Sénégal pose un certain nombre de problèmes :

- le personnel, parce que souvent le personnel qualifié est absent, laissant libre cours au personnel de soutien qui « remplit le vide » (voir la partie « Ressources humaines »).
- Le surpeuplement des hôpitaux nationaux (cas de l'hôpital Le Dantec) avec un taux d'occupation moyen qui dépasse les 100% (malades à deux sur 1 lit à l'Institut PMC, malades gisant dans les couloirs en orthopédie traumatologie). Certains malades font le tour des hôpitaux de Dakar sans trouver de lit disponible et se résignent à rentrer chez eux. Par contre, dans les hôpitaux régionaux, la situation est moins alarmante, mais les patients ne trouvent pas souvent pas le spécialiste qu'il leur faut. Le ratio lit d'hospital par habitant est de 0,109 /1000 (la norme étant de 1 lit /1000 hts).
- Les équipements et les services de diagnostic restent en deçà des attentes de populations qui vont souvent dans le privé ou il y a moins de problème de disponibilité du personnel et des équipements.
- Dans certaines structures publiques, le service n'est souvent pas disponible au delà de la demi-journée ; le système de « permanence » mis en place utilisant plus du personnel communautaire non qualifié que du personnel qualifié.

4.3.2 ACCÈS AUX SERVICES, COUVERTURE ET UTILISATION

Accessibilité aux services

L'accès à tous les services confondus pourrait être jugé au travers des consultations curatives avec un taux de consultation globale de 63,9% pour l'ensemble du Sénégal (Annuaire SNIS 2007) ; ce qui en soit est une bonne moyenne, compte tenu des difficultés à accéder aux services de base dans certaines régions (Tambacounda et Kolda), même si l'enquête ESAM-II (2001) révélait que 57,4% de la population est à moins de 30 minutes d'un service de santé. Cependant, en milieu rural, 32,9% de la population est au delà des 5 km.

L'accès aux soins se heurte aux barrières financières, et c'est pour faire face à cette situation, dans l'optique de l'atteinte des OMD, que les pouvoirs publics ont rendu gratuits certains services comme la césarienne, surtout dans les régions les plus pauvres du pays (Kolda, Tambacounda, Fatick et Ziguinchor).

Les structures privées, au nombre de 357 selon le SNIS, et localisées essentiellement dans la région de Dakar, ont une clientèle fidélisée, malgré les prix assez élevés qui y sont pratiqués. En ce qui concerne la médecine traditionnelle, la tendance au premier recours à ces services reste élevée, même s'il faut la relativiser en raison de l'urbanisation du pays. Ce recours s'explique par la facilité d'accès à ces services de base pour les couches les plus démunies de la société.

Utilisation et couverture

L'utilisation et la couverture pour les programmes prioritaires du Sénégal se sont nettement améliorées ces dernières années, comme en attestent les progrès notés dans les différents programmes préventifs (voir tableau 5). A titre d'exemple, la couverture contraceptive est passée de 2,4 % à 10,3% entre les EDS 1 et 4, même si on devrait s'attendre à de meilleurs résultats au vu des efforts investis dans ce secteur. De même les soins prénatals ont suscité une attention toute particulière avec les progrès suivants : un taux de CPNI+ (73% - 82% - 93%) entre 2005 à 2007 ; le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passé de 47 à 52% entre les EDS 2 et 4.

En ce qui concerne la couverture du couple mère – enfant, le taux de césarienne reste très bas pour éviter le décès de la mère et la souffrance des enfants. La couverture en Penta 3 (ou DTCP3) est, quant à elle, passée à des taux respectables de 44,7 % en 2001 à 94 % en 2007, par rapport à un objectif fixe de 80 %.

Le taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de 0-36 mois a été évalué à 15 % (> à l'objectif de 14 %). En outre, 78% des enfants couverts par la PRN ont eu un gain de poids adéquat et 91 % des mères d'enfants cibles ont bénéficié d'activités promotionnelles et éducatives.

Le taux de morbidité palustre globale qui était de 35,72% en 2001 est passé à 22,25 %, mais cette réduction est à mettre en relation avec le recours systématique aux des tests de diagnostic, depuis bientôt 2 ans, qui écartent certains cas de fièvre qui, dans le passé, étaient considérés à tort comme des cas de paludisme. La réduction des cas de paludisme grave et celle de la mortalité proportionnelle par paludisme sont un indicateur des bonnes performances du PNLP.

Le taux de prévalence du SIDA, attesté par l'EDS 4 (0,7%) indique les efforts déployés par le pays pour contenir cette pandémie. Toutefois, ce taux cache quelques disparités, notamment dans les régions de Ziguinchor et de Kolda. Ces disparités sont liées aux phénomènes migratoires, car ces régions sont

frontalières à des pays où les épidémies sont moins contrôlées. Ainsi, il devient urgent d'y mener des actions d'envergure pour ne pas hypothéquer les acquis obtenus jusqu'ici.

TABLEAU 5 : EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE REPRODUCTIVE

INDICATEURS	SOURCES		
	EDS II (1992)	EDS III (1997)	EDS IV (2005)
Taux de mortalité maternelle	510/100000 NV		401/100000NV
CPN I	73%	82 %	93%
CPNI zone urbaine	94%	95%	98%
CPNI zone rurale	63%	76%	90%
VAT	70 %	83%	89,3%
Taux d'accouchement assisté	47%	48%	52%
Taux de césariennes	0.7*	0.6*	3%
Mortalité néonatale	34,9‰	37,4‰	35‰
Mortalité infantile 59/1000			Rural 46‰ Urbain 32‰
Indice synthétique de fécondité	6.03	5.7	5,3
- Femmes urbaines			
- Femmes rurales	5,06	4,29	4,1
	6,74	6,74	6,4
Taux de prévalence contraceptive FM	4,8 %	8,1 %	10,3%
- Femmes urbaines	11,8%	19,3 %	18%
- Femmes rurales	1,4 %	2,1 %	5%
Prévalence HIV			0,7%

FM : enquêtes ménages donc juste concernant les femmes mariées

4.3.3 ORGANISATION DES SERVICES

Une animation du dispositif de soins permet d'offrir des services de qualité continus aux demandeurs de services, grâce à une variété de points de contacts intégrés dans les structures ; ce qui permet également de faire face aux situations d'urgence.

Le Sénégal a opté pour la journée de travail continue. Cependant, au niveau des points de prestation, la continuité des services pose problème du fait de l'absentéisme récurrent de personnels clés ; ce qui a un impact négatif sur l'efficacité des services et la satisfaction des demandeurs de soins. Par conséquent, un contrôle minimal sur les volumes de travail est nécessaire pour renforcer la présence au poste de travail, et améliorer l'offre de soins.

* Enquêtes dystocies 1992, 1996 et 2001

FM Femmes mariées uniquement

L'intégration des soins peine à se mettre en place dans des structures qui, au delà de la faiblesse des ressources humaines, manquent souvent du minimum, comme dans les cas de rupture en antibiotiques et fils dans les services chirurgicaux.

L'utilisation des ressources humaines et matérielles à la périphérie du système pourrait être améliorée, En témoigne la question du cumul des fonctions de médecin-chef du district et de médecin du centre de santé, qui est évoquée depuis une dizaine d'années, sans une véritable avancée. Cette question a déjà été traitée dans le chapitre du présent rapport relatif à la gouvernance.

Sur ce socle organisationnel relativement faible, interagissent sept programmes de santé verticaux qui cherchent chacun à utiliser au maximum le personnel en place au détriment d'un système qui ainsi, perd toute chance d'être cohérent intégré et harmonieux.

Paradoxalement, au niveau des hôpitaux il y a un manque notoire de matériel de soutien diagnostique, avec parfois des différences qui relèvent, à première vue de l'iniquité, comme l'existence de scanners dans l'axe Dakar-Thiès et Saint Louis, alors que d'autres zones en sont dépourvues. Si dans les hôpitaux régionaux l'organisation administrative et des soins pose moins de problème, dans les centres hospitaliers nationaux comme l'hôpital Le Dantec, le caractère d'hôpital universitaire joue comme un facteur confondant tant sur l'organisation de services que sur les lignes d'autorité. Une définition claire des rôles et responsabilités dans de telles structures serait la bienvenue, dans le cadre des conventions entre les EPS et les universités, comme évoqué dans le chapitre relatif à la gouvernance.

4.3.4 ASSURANCE QUALITÉ DES SOINS

La qualité des services témoigne de la dynamique d'un système de santé qui, au delà des besoins quantitatifs à couvrir et des normes à respecter, cherche à répondre aux besoins de qualité, qui vont bien plus loin que l'atteinte de ces normes. La qualité dans le domaine des soins étant souvent décrite « par les meilleurs soins que l'on aimerait recevoir soit même », ce qui veut dire concrètement les meilleurs soins par les meilleurs prestataires de service.

Pour ce faire, il faudrait en exprimer la volonté, mais aussi détenir ou concevoir un outil permettant de mesurer régulièrement la qualité, dont l'amélioration est en principe sans fin, au sens où l'on peut toujours améliorer ce qui se fait déjà.

Dans le cas du Sénégal, la volonté d'assurer une meilleure qualité des services existe à travers la mise en place du Programme Qualité rattaché au cabinet du Ministre de la Santé ; c'est dans cette perspective que se situe l'élaboration de la charte de l'hôpital. Jusqu'ici ce programme a travaillé sur une approche normative qui exclut totalement les demandeurs de soins, alors qu'ils ont des droits qui constituent leurs références en matière de qualité.

En outre, il n'y a pas encore d'outil standard d'évaluation de la qualité des services qui sont offerts à travers le pays. Toutefois, grâce à certains partenaires, des outils comme l'approche Performance et l'approche COPE ont été testés et même utilisés à une large échelle, pour ensuite être abandonnés. L'approche COPE se base sur les droits des demandeurs de services et les besoins des prestataires de services qui constituent un bon faisceau d'indicateurs de qualité. Ces indicateurs sont mesurés sur une périodicité régulière et permettent de dresser un plan d'action d'amélioration de la qualité.

La supervision des services, surtout formative, pouvait permettre de pallier certains problèmes de qualité en aidant le prestataire à se corriger progressivement et s'améliorer. Ainsi, un guide de la supervision révisé a été élaboré par le MSP. Cependant, son utilisation n'est pas encore effective. Les activités de supervision prévues ne sont que rarement exécutées sur le terrain et les superviseurs autant

que les supervisés s'en plaignent. Les seules supervisions effectives sont le fait des programmes verticaux concernant ceux relatifs au paludisme, à la tuberculose et au SIDA, qui disposent de moyens financiers importants. Cette supervision est souvent effectuée pour des besoins de recueil d'informations nécessaires à ces programmes et, souvent, elle se fait directement du niveau central au district, sans implication du niveau intermédiaire.

Les normes, protocoles et politiques de services sont élaborées et mises à la disposition des prestataires de services qui supportent la charge des soins, notamment pour ce qui est de la santé de la reproduction, du paludisme, de la tuberculose et du SIDA.

En définitive, la volonté d'assurer la qualité des services existe, mais il reste à la concrétiser à travers un outil de mesure et cette évaluation de la qualité doit être couplée à une supervision assidue pour régler la question des insuffisances notoires dans le domaine de la qualité des services.

4.3.5 FORCES ET FAIBLESSES

Forces

Le Sénégal s'est inscrit très tôt dans une approche globale de promotion de la santé, en essayant de mettre en pratique les conclusions de la conférence de Alma Ata de 1978, relatifs à la redéfinition de la santé et des extrants attendus (préventif, curatif, éducatif, et promotionnel), puis à travers la décentralisation des services pour les rendre plus accessibles aux populations. C'est d'ailleurs dans ce cadre que le pays a été divisé en districts sanitaires dans les années 90 pour opérationnaliser cette volonté.

La carte sanitaire, qui vient d'être élaborée, peut être un puissant outil de répartition planifiée de l'implantation des structures de prestations de services. Il faut souligner que les collectivités locales et les communautés ont une propension à construire des infrastructures de santé qu'elles n'ont pas les moyens de gérer, parce que ne pouvant pas fournir le personnel et l'équipement et assurer le fonctionnement, d'où la nécessité de les associer à tout processus de planification de l'offre de services dans leur ressort territorial. Il est toutefois notable que l'accessibilité physique aux structures s'est nettement améliorée avec les nouvelles structures réalisées dans le cadre du PNDS I (1998- 2007).

La médecine d'entreprise s'est largement développée. Il en est de même pour la médecine privée qui a connu un essor important apportant une offre variée et déterminante. Toutefois, il faut déplorer que cette offre privée ne soit disponible que dans des aires géographiques urbaines (Dakar et les capitales régionales principalement) et pose un problème d'accessibilité financière.

Entre ces différentes structures de santé, le Ministère de la Santé, vient de définir un système de référence et de contre référence, malheureusement peu connu des parties prenantes (populations – prestataires - gestionnaires financiers).

Des normes, protocoles de services et guides thérapeutiques sont disponibles pour guider et instruire le prestataire pour tout ce qui a trait aux services s'occupant de la mère et de l'enfant, ainsi qu'aux maladies prioritaires (paludisme, Sida et tuberculose). Ces protocoles sont constamment et périodiquement révisés pour intégrer toutes les connaissances nouvelles.

Tout cela a permis une amélioration significative des indicateurs relatifs à la santé maternelle et infantile – OMD 4 et 5 - comme en témoignent les EDS de 1986 à 2005. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les progrès en matière de couverture vaccinale (Penta3 -DTCP3- : 80% en 2005 et 94 % en 2007), même si on ne peut pas présager de l'immunité vaccinale proprement dite. Sur un tout autre registre, l'absence

de notification de cas de rougeole au Sénégal pour les 3 premiers trimestres de l'année 2008 (contre 3 cas en 2007) est un bon critère de performance des services préventifs. Il faut ajouter à ces points forts les progrès constants en prévalence contraceptive : 2,4 % en 1986 et 10,3 % en 2005 (EDS 1 et EDS 4), l'avancée dans la surveillance de la grossesse - taux de CPNI+ (73%-82%-93% entre 2005 et 2007), les progrès dans les accouchements assistés par un personnel qualifié.

Pour ce qui concerne les maladies prioritaires et les pathologies chroniques, il faut signaler la volonté affichée de rendre disponibles les services sur l'ensemble du territoire à travers la mise en place de programmes spécifiques, même si ceci n'est pas en soit une garantie d'efficacité. Ainsi, le SIDA est contenu dans un profil bas (0,7%), la détection et la prise en charge décentralisée de la tuberculose, la réduction drastique des cas de paludisme grave et de la mortalité palustre sont également à inscrire dans les acquis du système de soins. Il faut noter cependant que ces programmes sont soutenus et renforcés par le Fonds mondial, posant fondamentalement la question de la pérennisation de ces bons résultats.

Faiblesses

La quasi-inexistence de services spécialisés dans les régions, qui entraîne une inefficience dans le système de référence et de contre-référence, contribue à la surcharge des hôpitaux nationaux. Cette faiblesse est renforcée par le faible ratio lits d'hôpitaux / habitants (1,09 pour 10,000 hts) en plus de la disparité importante entre milieu rural/urbain (1 lit d'hôpital pour 1000 hts selon l'OMS).

Les normes de fonctionnalité des différentes structures sanitaires en termes de personnel, de services à offrir et d'équipements sont peu connues des gestionnaires de ces structures.

La prise en charge complète des parturientes n'est pas effective partout : seuls 20% des centres de santé de référence type 2 peuvent faire face à des accouchements nécessitant la césarienne.

Pour ce qui est de l'accessibilité financière aux services par les personnes démunies, il n'existe pas encore de critères précis pour l'indigence, d'autant plus que le personnel social capable d'aider à résoudre ce genre de problèmes (assistants et aides sociaux) est presque inexistant dans les structures de soins.

En termes de couverture, les données sanitaires du secteur privé ne sont pas disponibles ou sont incomplètes : le secteur privé fonctionne en parallèle avec le secteur public et aucune action d'envergure n'a jusqu'ici été réalisée pour résoudre cette question, à part une tentative de recensement des éléments qui composent ces deux secteurs.

Bien que la faible prévalence du SIDA constitue un motif de satisfaction, il demeure que certaines zones comme Ziguinchor, Kolda, Kaolack et Fatick méritent une surveillance particulière et des actions d'envergure (Information, offre de dépistage, PEC des cas ...) sur les cibles transmetteurs que sont les routiers, migrants et les commerçants ambulants des marchés transfrontaliers.

La disponibilité du personnel est inadéquate pour assurer la continuité des soins. Le personnel a souvent une présence irrégulière surtout au niveau opérationnel où le nombre élevé de séminaires et de rencontres diverses éloigne les prestataires des structures.

Le Programme « Qualité des services », qui est rattaché au cabinet du Ministre, n'a pas encore produit des effets à la périphérie du système. Par ailleurs, il existe plusieurs outils qui pouvaient permettre d'évaluer la qualité (COPE – AAQ...Monitoring), mais qui ne sont utilisés aujourd'hui que de façon sporadique ou isolée.

L'offre de services fournie par les associations et ONG au niveau communautaire reste faible et son utilisation attend d'être rationalisée dans le cadre de la contractualisation des services, qui était pourtant annoncée depuis le démarrage du PNDS I.

Il n'y avait pas jusqu'ici de mécanismes formels de consultation continue pour appréhender les besoins des populations, afin d'adapter l'offre de services aux besoins réels des populations. Cependant, avec les plans opérationnels des collectivités locales (POCL) ce problème peut être surmonté.

La supervision – inexistante ou irrégulière – demeure le maillon faible du système, malgré l'élaboration d'un guide prévu à cet effet par le MSP. Dans les sites visités, peu d'activités de supervisions ont été effectuées, à cause d'un manque de moyens et d'un calendrier trop chargé.

4.4 RESSOURCES HUMAINES

Il est établi que les ressources humaines représentent, dans tous les pays du monde, la ressource la plus précieuse car, en plus de leur impact économique, elles donnent de la valeur aux autres ressources en leur permettant de devenir des produits socialement utiles. Le Sénégal a, dans ce domaine, déployé des efforts importants, notamment dans le secteur de la santé, depuis plus d'une quinzaine d'années, pour assurer une meilleure intégration du développement des ressources humaines aux objectifs de santé.

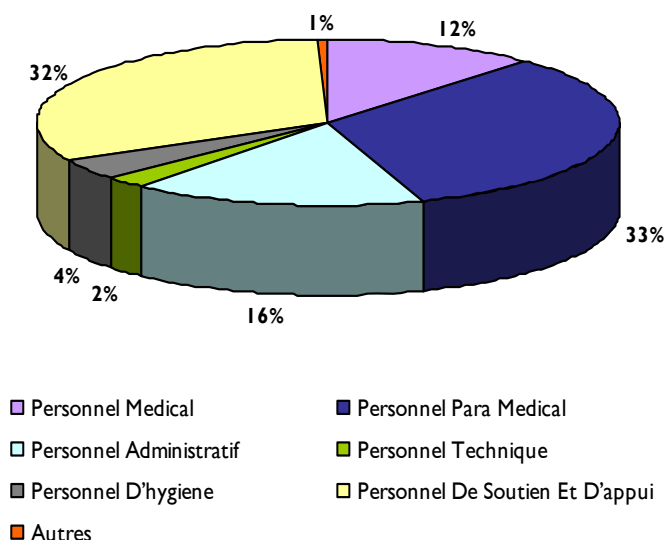
Déjà, en 1989, après la Déclaration de Politique de Santé, le Ministère de la santé a cherché à valoriser et à développer les ressources humaines à travers le Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH). Cette volonté a été poursuivie et confirmée avec le PNDS, dont le développement des ressources humaines a constitué une des orientations stratégiques majeures.

La fonction de gestion des ressources humaines dans un système de santé vise à disposer d'un personnel qualifié et motivé équitablement réparti sur l'ensemble du territoire. Toutes choses qui correspondent à des objectifs de couverture, de motivation et de compétences. Il est établi qu'une bonne répartition du personnel sur l'ensemble du territoire national permet un accès plus équitable des populations aux services de santé, que la motivation est essentielle pour l'efficacité et l'efficience des agents et que les compétences des personnels de la santé jouent sur la qualité de leurs prestations de services. A leur tour, l'équité, l'efficacité et la qualité, qui sont des facteurs déterminants d'un système de santé performant, permettent d'obtenir des résultats sanitaires positifs au bénéfice de la population.

Le système de santé du Sénégal compte, selon une étude récente relative au répertoire des emplois, mais non encore appliquée, cent quatre (104) emplois types classés en neuf (9) catégories. Le Ministère de la santé compte près de 16000 agents repartis entre les différentes catégories socioprofessionnelles. Ils représentent les effectifs les plus importants au niveau de la Fonction Publique, après ceux de l'Education.

FIGURE 5 : REPARTITION DU PERSONNEL SELON LA CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention



La répartition du personnel par catégorie socioprofessionnelle reste très inégale. Le personnel de soins comprenant le personnel médical (11,63%) et le personnel paramédical (33,04%) représente 44,67% des effectifs.

Le reste du personnel est composé du personnel de soutien (31,88%), du personnel de l'hygiène (4,22%), du personnel technique ou personnel de maintenance (2,09%) et du personnel administratif (16,48%).

Le Sénégal est loin des normes fixées par l'OMS avec :

- 1 médecin pour 18615 habitants (OMS : 1 médecin pour 5000 à 10000 habitants) ;
- 1 infirmier pour 4813 habitants (OMS : 1 IDE pour 300 habitants) ;
- 1 sage femme pour 3946 FAR (OMS : 1 SFE pour 300 FAR).

La répartition des personnels selon l'employeur montre que l'Etat reste le principal employeur des personnels de santé avec 44 % de salariés. Il est suivi des comités de santé (22%) et des Etablissements Publics de Santé (EPS) (18%). Les contractuels de l'Etat, des collectivités locales, des EPS et du PDIS se partagent les 16 % restants.

La Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontostomatologie de l'Université Cheikh Anta DIOP forme les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens dentistes. De 1998 à 2007, la Faculté a formé près de 600 médecins, 459 pharmaciens et 180 chirurgiens dentistes. Entre 2003 et 2006, 235 médecins spécialistes ont été formés. Les médecins spécialistes en santé publique sont formés à l'Institut Santé et Développement (ISED). De 1987 à 2007, un total de 195 diplômés en santé publique a été formé à l'ISED, parmi eux 164 Sénégalais, qui sont en fonction aux niveaux central (33), régional (19), des districts (51), des hôpitaux (11), de l'Armée sénégalaise (8), des cabinets privés ((5), de l'UCAD (10), des organisations internationales (28), et 31 étrangers. 171 de ces diplômés sont médecins, 13 sont pharmaciens et 11 sont chirurgiens dentistes.

Quant aux paramédicaux, ils sont formés à l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) qui résulte du regroupement, en 1992, des anciennes écoles des infirmiers, des sages femmes, du Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers (CESSI), de l'Ecole Nationale des Techniciens Supérieurs en Odontologie (ENTSO), de l'Ecole Nationale des Agents sanitaires et de l'Ecole des Agents d'Hygiène, suite à la restructuration des écoles de formation professionnelle décidée par l'Etat. L'ENDSS est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP). Le nombre de professionnels paramédicaux formés à ce jour est de 2392 diplômés dont 1230 infirmiers d'Etat et 910 sages femmes d'Etat, ceci depuis 1995. Plus récemment, en 2005, 87 assistants infirmiers ont été formés et mis sur le marché du travail. L'Ecole Nationale des Techniciens en Maintenance Hospitalière, qui est également rattachée au MSP, forme des professionnels de la maintenance. La formation des assistants infirmiers a commencé en 2003 au niveau des Centres Régionaux de Formation en Santé (CRFS) et celle des infirmiers et sages femmes y a débuté en 2007. A côté de l'ENDSS et des CRFS, qui sont des établissements publics de formation en santé, il y a des écoles privées de santé dont le nombre ne cesse de croître et qui forment surtout des infirmiers et des sages femmes.

La répartition du personnel sur le territoire national, révèle des disparités importantes entre régions. Cette inégalité s'explique par les conditions peu favorables rencontrées au niveau des régions autres que celle de Dakar. Sur les 359 médecins en fonction au Ministère de la santé, 266 officient à Dakar soit pratiquement près des 3/4. La situation est encore plus préoccupante pour ce qui concerne les médecins privés, dont 389 sur 473, soit 82%, officient à Dakar avec, notamment, 43 gynécologues sur 47, 19 cardiologues sur 19, 20 chirurgiens sur 22, 8 dermatologues sur 8, 3 neurologues sur 3, 32 pédiatres sur 35, 16 ophtalmologues sur 16 et 12 radiologues sur 12).

TABLEAU 6 : REPARTITION DE MEDECINS DU SECTEUR PRIVE, PAR REGION

Régions	Médecins Privés	Médecins d'entreprise	Total	Pourcentage
SAINT LOUIS	5	4	9	1,9
KAOLACK	7	2	9	1,9
KAFFRINE	0	0	0	0,0
TAMBA	1	0	1	0,2
KEDOUGOU	0	0	0	0,0
THIES	32	5	37	7,8
KOLDA	3	0	3	0,6
SEDHIOU	1	0	1	0,2
MATAM	1	0	1	0,2
LOUGA	4	0	4	0,8
ZIGUINCHOR	8	0	8	1,7
DAKAR	368	21	389	82,4
FATICK	0	0	0	0,0
DIOURBEL	10	0	10	2,1
TOTAL	440	32	472	100

Source : Ordre National des Médecins du Sénégal

Certaines régions ne disposent d'aucun spécialiste, et elles sont donc obligées d'évacuer les malades à la moindre complication. Les spécialistes préfèrent rester dans la capitale, qui concentre près du quart de

la population totale, avec plus d'opportunités, notamment au plan économique. Ceci constitue un obstacle au développement de services de santé de qualité et à l'amélioration de la santé des populations du Sénégal.

TABLEAU 7 : REPARTITION DES SPECIALISTES PAR REGION

SPECIALITES	Dakar	Diourbel	Kaolack	Kolda	Louga	Mata m	St Louis	Tamba counda	Thies	Ziguinc hor
Anesthésistes – Réanimateurs	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Biologistes	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardiologues	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cancérologue + Radiothérapeute	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chirurgiens	20	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Dermatologues	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Endocrinologues	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastro – Entérologues	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gynéco – Obstétriciens	43	0	0	0	0	0	1	0	3	0
Infectiologue	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecins généralistes	176	10	7	3	4	1	4	2	24	8
Médecine d'urgence	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecine du travail	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecins d'entreprise	21	0	1			0	4	1	5	0
Neurologues	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ophthalmologues	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oto - Rhino – Laryngologues	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pédiatres	32	0	0	0	0	0	0	0	4	0
Pneumo- ptisiologues	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychiatres	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecin urgentiste	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiologues	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rhumatologues	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	389	10	9	3	4	1	9	3	37	8

Source : Ordre National des Médecins du Sénégal

Grâce au PNDS, de nouvelles infrastructures (hôpitaux, centres et postes de santé) ont été construites, entraînant un accroissement des besoins en personnel, pour une amélioration de la couverture sanitaire.

Dans leur quasi-totalité, les médecins chefs de district sont spécialistes en santé publique et ils exercent leurs fonctions dans des zones souvent difficiles. Pour ce qui concerne les pharmaciens, sur les 843 pharmaciens privés ayant ouvert des officines de pharmacie, 495 sont dans la région de Dakar qui est suivie de Thiès avec 103 pharmaciens. La situation n'est pas meilleure pour ce qui concerne les chirurgiens dentistes dont les 60% exercent à Dakar, le reste étant localisé dans les autres capitales régionales.

4.4.1 PLANIFICATION

Un des problèmes majeurs de la gestion des ressources humaines est l'absence de plan stratégique de développement des ressources humaines malgré l'existence d'une division de la gestion prévisionnelle des personnels et des emplois. A ce jour, des données précises sur les ressources humaines ne sont pas disponibles, les chiffres varient selon les sources, si bien que l'un des responsables interrogés a lancé une boutade très significative « il faut qu'on sache combien nous sommes avant toute autre chose ». Cette situation est valable au niveau déconcentré et décentralisé. Il s'y ajoute que qu'il n'existe pas de planification des besoins.

Les dossiers des agents se trouvent aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. Au niveau central les dossiers sont conservés à la DRH ; au niveau de la région médicale, un agent désigné à cet effet en a la charge, de même qu'au niveau du district sanitaire.

Les dossiers des agents ne sont pas toujours bien tenus. Leur gestion est assurée par un personnel qui n'a pas reçu la formation adéquate. Les dossiers contiennent des informations sur l'identification de l'agent, la situation de famille, la situation administrative, l'identification des services d'affectation, les études effectuées, les postes occupés, les formations continues reçues, les distinctions reçues, la participation à des missions de pèlerinage etc. Ces dossiers ne sont pas encore saisis dans le logiciel Tandem qui est pourtant capable de prendre en charge les fonctions clés de gestion des ressources humaines. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que la DRH ne maîtrise pas les ressources humaines du secteur privé qui est l'autre pilier du secteur de la santé, si bien que le secteur privé est souvent ignoré dans la planification.

La DRH compte 29 personnes dont seul un nombre limité est en mesure de faire face aux besoins de conception et de planification en matière de gestion des ressources humaines. Ce personnel n'a pas bénéficié de formation spécifique en gestion des ressources humaines. Au niveau régional et de district, les responsables ne sont pas mieux lotis que ceux du niveau central et ils doivent s'occuper de tâches additionnelles comme la supervision et la formation.

4.4.2 POLITIQUES

La politique de santé a toujours mis l'accent sur le développement des ressources humaines, notamment dans la Déclaration de politique de santé en 1989, le PDRH et le PNDS. Le PDRH a permis d'élaborer trois guides : un pour le médecin-chef de région, un pour le médecin-chef de district et un pour l'infirmier chef de poste.

L'étude sur le répertoire des emplois, réalisée en 2005, a permis de dénombrer 104 emplois types regroupés en 9 catégories socio professionnelles. Elle a ébauché une description détaillée de certains profils. Il est évident que, sans une description de poste, l'employé ne peut pas savoir ce qui est attendu de lui et, par conséquent, ne sait pas comment s'y conformer. En plus, cela ne permet pas de mesurer objectivement son rendement au niveau du poste et de récompenser le mérite.

Les agents ne sont pas informés des dispositions réglementaires spécifiques appliquées sur le lieu de travail. Ils doivent tout découvrir par eux-mêmes: les horaires de travail, les heures supplémentaires, l'obligation de rendre compte, les congés, les permissions... Pourtant, il est facile de faire un recueil de toutes ces informations, et le remettre au nouvel agent dès sa prise de service.

Il existe une échelle salariale pour chaque corps de la santé, fixée par le décret 77-887 du 12 octobre 1977 portant statut particulier du cadre des fonctionnaires de la santé publique et de l'action sociale. Les

salaires proposés par le statut particulier du cadre des fonctionnaires de la santé et de l'action sociale, sont inférieurs à ceux du privé, donc moins incitatifs.

L'augmentation des salaires se fait en fonction des grades et des échelons conformément aux dispositions du décret sus cité. Il arrive que le Gouvernement décide d'une augmentation générale des salaires des fonctionnaires qui concerne, évidemment, les agents de la santé.

Au Sénégal, il y a un processus formel de recrutement qui est piloté par le Ministère chargé de la Fonction Publique, qui publie un appel à candidatures pour des postes à pourvoir. Le recrutement se fait en relation avec le Ministère de la Santé qui, en l'absence d'un véritable plan de recrutement, se contente d'une expression de besoins. Le Ministère de la Santé se trouve souvent confronté à un problème de disponibilité des personnels nécessaires, parce qu'il ne trouve pas toujours, sur le marché du travail, les profils recherchés. Devant cette situation, il n'est pas rare de voir s'installer le favoritisme et le clientélisme pour réorienter les postes non pourvus vers des catégories socio professionnelles qui n'étaient pas identifiés au départ comme prioritaires. Les agents recrutés dans de telles circonstances se sentent protégés et ne craignent donc pas d'être sanctionnés ni de perdre leur emploi. Il est impossible d'attendre de tels agents qu'ils soient performants et, au contraire, ils contribuent à la diminution de la productivité, démotivent le reste du personnel et entretiennent une culture de contre-performance dans le secteur de la santé.

Un autre biais est relatif à la non implication dans le processus d'embauche des services concernés, au point que certains responsables ont souligné avoir reçu des personnels qui n'ont aucune qualification ou dont la qualification n'est pas en adéquation avec les besoins du service.

Les mutations et les promotions sont du ressort du seul Ministère de la Santé, mais les travers ne manquent pas, même si une commission de mutation et de redéploiement existe. Il arrive souvent que certains agents, qui disposent d'une protection quelconque, soient redéployés ou maintenus à des postes éloignés de la capitale. Inutile de dire que cela peut contribuer à accentuer l'inégalité dans la distribution du personnel sur l'ensemble du territoire national sénégalais. Les répercussions sur la qualité et l'impact des programmes de santé sont évidentes.

Le Ministère de la Santé a mis en avant les vertus de la négociation pour apaiser le climat de travail. Le dialogue social est érigé en règle mais, il y a souvent des tensions sociales liées au retard dans la mise en œuvre par le Gouvernement des accords signés avec les syndicats.

Il existe une réglementation générale applicable à tous les fonctionnaires de l'Etat conformément aux dispositions de loi sur le statut général des fonctionnaires. Plus spécifiquement, des dispositions particulières existent pour certains agents de santé. C'est le cas des médecins. C'est ainsi que la loi fixe les conditions d'exercice de la médecine, à savoir être titulaire du diplôme de docteur d'état sénégalais en médecine, être de nationalité sénégalaise et être inscrit à l'Ordre National des Médecins du Sénégal. Des dispositions réglementaires similaires s'appliquent aux pharmaciens et aux chirurgiens dentistes. Pour les infirmiers et les sages femmes des dispositions existent notamment pour l'exercice privé de leur profession pour lequel ils sont tenus d'obtenir une autorisation d'exercer.

La lancinante question de l'absence de personnels qualifiés dans les zones dites difficiles, au profit de la capitale et des principales villes appelle des mesures hardies qui doivent être au centre de la politique de gestion des ressources humaines. S'il est vrai que, dans le secteur privé, la décision de s'établir dans une localité est fonction des réalités du marché, pour ce qui concerne les personnels du secteur public, la domiciliation de certains postes budgétaires dans les localités ciblées, pourrait être une première approche de solution. Ainsi, la personne affectée ne pourrait changer de localité sans perdre son poste, quels que soient ses soutiens en haut lieu, à moins que l'autorité ne prenne la décision d'une

permutation qui ferait que son départ serait comblé par l'arrivée d'un remplaçant. En outre, des primes spéciales et d'autres types de motivation pourraient être prévus pour les agents en poste dans certaines zones dites difficiles. Les collectivités locales de ces zones devraient également être sensibilisées pour qu'elles apportent leur contribution à la motivation de ces agents, afin que les populations de leur ressort cessent d'être les victimes de cette situation inique.

4.4.3 GESTION DE LA PERFORMANCE

La gestion des carrières au Sénégal reste problématique. En effet, telle qu'elle est appliquée, elle ne prend pas en compte les exigences du marché du travail qui, de plus en plus, met l'accent sur la gestion axée sur les résultats. Or tout se passe comme si les pratiques en cours dans la Fonction Publique, ne favorisent pas la recherche de l'excellence. Les agents se sentent sécurisés après leur recrutement dans la Fonction Publique et ont le sentiment d'avoir obtenu la garantie d'un emploi pérenne. Cette façon de penser et de se comporter explique, en partie, les faibles performances du secteur public de la santé, car les agents ne sentent pas la nécessité de donner des résultats probants. S'y ajoutent la culture de l'impunité et celle du « protégé de » qui ne favorisent pas l'amélioration de la qualité des services de santé.

Or dans un contexte de rareté de ressources, surtout financières, l'efficience et la performance doivent être érigées en règle. Il est regrettable que la mesure de la performance se résume plus à la notation de l'agent, qui semble n'être qu'une formalité nécessaire dans son processus d'avancement, plutôt qu'un moyen de récompenser le mérite. La fiche de notation de l'agent ne prend pas toujours en compte les critères de performance et il n'est pas prévu un entretien entre l'employé et l'employeur pour une appréciation plus objective de la performance et de la note attribuée.

L'absence de description de tâches vient s'ajouter aux difficultés de mesure objective de la performance. L'agent ne se sent pas concerné parce que les responsabilités ne sont clairement établies.

La supervision, même si elle est institutionnalisée, ne se fait pas toujours régulièrement. Les responsables du niveau central reconnaissent qu'ils ne supervisent pas régulièrement le niveau régional. Par contre, les rapports de supervision trouvés au niveau de certaines régions visitées donnent la preuve de la réalité de cette supervision.

Il n'existe pas de mécanismes formels pour la planification et la revue des performances individuelles. Pourtant, le PNDS en a fait une ligne d'action majeure. De tels mécanismes sont prévus mais, malheureusement, ils ne sont pas mis en application, malgré l'existence de contrats de performances signés avec les médecins chefs de région et les directeurs d'hôpital. Seulement, les termes de ces contrats doivent être revus pour mieux évaluer les performances de chacun. Tels que décrits, les contrats de performances s'adresseraient plutôt aux médecins chefs de districts qui sont les responsables du niveau opérationnel.

4.4.4 FORCES ET FAIBLESSES

Depuis l'adoption de la Déclaration de Politique de Santé en 1989, mise en œuvre avec le Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH 1990-1995), la priorité a été accordée aux ressources humaines et a été réitérée dans les Nouvelles Orientations de la Politique de Santé en 1995, puis reprise et renforcée dans le PNDS I. Ceci est la preuve, si besoin en était, de l'existence d'une volonté politique manifeste. Celle-ci s'est traduite, entre autres, par la création d'une Direction des ressources humaines face à la dispersion dont les ressources humaines étaient l'objet.

Des études ont été menées sur la motivation, la gestion prévisionnelle des personnels de santé, le répertoire des emplois types de la santé, la gestion des plans de carrières, le plan de redéploiement, un système de gestion informatisée du personnel et un plan de formation. Malheureusement, les conclusions de ces études n'ont pas toujours pas été mises en œuvre.

Le nombre d'agents du Ministère n'est pas connu de manière exacte. Il varie en fonction de la source (DRH, SNIS, Fonction Publique, Finances). La non maîtrise de ces chiffres constitue une manifestation de la mauvaise gestion des ressources humaines. Pourtant, le Ministère a acquis le logiciel TANDEM conçu spécialement pour répondre aux besoins de gestion des ressources humaines du MSP, en matière de gestion des dossiers, de gestion administrative du personnel, de gestion des mouvements, de gestion de la formation, d'édition de documents pour l'aide à la décision. Le dernier recensement des personnels de santé, réalisé en 2005, a permis d'obtenir la situation de la répartition des agents sur l'ensemble du territoire national et sur le niveau des déficits. Mais avec les mouvements continus du personnel, il est évident que la situation a déjà changé.

Le recrutement des personnels de santé a souffert de la politique d'ajustement structurel des années 80 et 90, avec un blocage effectif des recrutements dans la Fonction publique. Les autorisations de recrutement n'ont été rétablies qu'avec la mise en œuvre du PNDS I qui a bénéficié d'un quota annuel de 250 agents par an, toutes catégories socio professionnelles confondues. Même avec cette disposition, le déficit en personnel n'a pas pu être résorbé. En effet, le Ministère a été très vite confronté à un problème de disponibilité des personnels sur le marché du travail. Ceci s'explique essentiellement par l'absence de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, qui peut se définir comme « la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins (en termes d'emplois et de compétences) et les ressources humaines (en termes d'effectifs) d'une organisation, en tenant compte de son plan stratégique et des mutations de l'environnement ». Ce qui existe actuellement est plus une expression de besoins qu'un véritable plan de recrutement.

4.5 GESTION PHARMACEUTIQUE

La gestion des médicaments « représente l'ensemble des activités visant à assurer la disponibilité régulière et l'utilisation appropriée de médicaments, de produits liés à la santé et de services fiables, efficaces et de qualité dans toutes les structures sanitaires »¹⁰. La sélection de médicaments essentiels et de produits pharmaceutiques appropriés, leur distribution et leur approvisionnement efficaces et la vérification de leur utilisation rationnelle sont les activités clés du cycle de gestion des produits pharmaceutiques. Ces activités sont réalisées dans le cadre, et sous l'influence, des structures réglementaires existantes et elles dépendent du degré de support à la gestion disponible (financier, ressources humaines ou autres).

4.5.1 SOUS SECTEUR PHARMACEUTIQUE

Dans le cadre des orientations stratégiques de sa politique sanitaire, le Sénégal a déjà entrepris des réformes du secteur pharmaceutique pour assurer l'accès à tous aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût. L'objectif est d'assurer une disponibilité, une accessibilité et une utilisation rationnelle des médicaments dans les secteurs public et privé. C'est ainsi que la mise en œuvre de la

¹⁰ M. Islam. 2006. *Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*. Soumis à l'USAID en collaboration avec Health Systems 20/20 Project (HS20/20), Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project et Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health

politique pharmaceutique est faite à travers des institutions et organisations professionnelles. La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) vient juste d'être élaborée et le plan directeur est en phase d'adoption. C'est en ce sens qu'il y a une timide exécution des activités en attendant le plan directeur.

Le sous secteur pharmaceutique comprend la DPL, le LNCM, la ONA et l'ONPS.

- **La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL)**

La DPL est l'autorité nationale de réglementation. Selon le décret 2004-1404, du 04 novembre 2004 portant organisation du MSP, la DPL a pour mission l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie et des analyses médicales. Elle est notamment chargée, à ce titre, d'élaborer et veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pharmacie, aux médicaments, aux réactifs de laboratoires d'analyses médicales, aux substances vénéneuses, à l'alcool et aux dispositifs médicaux, de réglementer l'exercice des professions pharmaceutiques et contrôler les laboratoires d'analyses médicales, de réglementer et assurer la promotion de la pharmacopée traditionnelle.

- **Le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM)**

Au terme du décret 2004-1404, du 04 novembre 2004, le LNCM est un service rattaché au Cabinet du Ministre. Il est chargé du contrôle technique des médicaments en relation avec la DPL.

- **La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)**

La PNA a été créée en 1954 pour répondre aux besoins médico-pharmaceutiques de l'Afrique Occidentale Française (AOF), alors sous domination coloniale française. Après l'indépendance, elle est devenue un service public rattaché au Ministère de la Santé. Actuellement, la PNA est un Etablissement Public de Santé non hospitalier au terme de la loi 98-12 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière et de son décret d'application 99-851 du 27 août 1999. Ainsi la PNA est dotée d'un conseil d'administration et d'une direction comprenant 5 services. La PNA a pour mission d'assurer l'accessibilité financière et géographique des médicaments et produits essentiels de qualité aux populations. Elle est décentralisée dans toutes les 11 régions du Sénégal. La perspective de changement du statut de la PNA en société nationale particulière de type commercial et industriel ou en agence est actuellement en discussion ; l'objectif étant de lui permettre de se développer et de produire d'autres types d'activités plus rentables.

- **L'Ordre National des Pharmaciens (ONPS)**

L'Ordre National des Pharmaciens du Sénégal est institué par la loi 73-62 du 19 Décembre 1973. L'ONPS est un établissement public à caractère professionnel, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Il contrôle l'exercice de la profession pharmaceutique à travers le Code de Déontologie et donne des avis motivés sur des aspects concernant la Politique Pharmaceutique Nationale.

4.5.2 POLITIQUE, LOI ET REGLEMENTATION PHARMACEUTIQUES

La législation pharmaceutique remonte à la période coloniale, lorsque la loi 54-418 du 15 avril 1954 étendait aux territoires d'Outre-mer les dispositions du Code français de la Santé Publique. Depuis l'indépendance, plusieurs textes majeurs ont été publiés dont :

- la loi 65-33 du 19 mai 1965 portant modification des dispositions du Code de la Santé Publique relatives à la préparation, à la vente et à la publicité des spécialités pharmaceutiques et les décrets

d'application, notamment celui du 4 janvier 1967 relatif au visa des spécialités pharmaceutiques'

- la loi 73-62 du 19 décembre 1973 portant création de l'ordre des pharmaciens,
- la loi 94-57 du 26 juin 1994 portant définition du médicament,
- le décret 96-395 du 15 mai 1996 autorisant la substitution aux pharmaciens,
- l'arrêté 4012 du 02 juin 1998 organisant le système nation de pharmacovigilance¹¹.

Les acteurs rencontrés ont déploré l'obsolescence de ces textes, mais un processus de révision des textes est en cours.

La réglementation concerne l'ensemble du secteur pharmaceutique : fabrication, distribution, contrôle, exercice de la pharmacie, substances vénéneuses, etc. Il existe une Autorité Nationale de Réglementation, avec un laboratoire de contrôle de qualité. Un système d'homologation existe et tous les médicaments doivent être enregistrés avant leur mise sur le marché ; l'inspection est mise en place avec des pharmaciens inspecteurs diplômés ; la substitution est autorisée et la pharmacovigilance se met en place.

Les médicaments qui entrent sur le territoire sénégalais sont soumis à une autorisation préalable et à des contrôles appropriés. Il en est de même pour les vaccins qui sont soumis au visa des autorités sanitaires et à des contrôles. Les médicaments et vaccins occasionnent parfois des effets indésirables ou des réactions adverses chez certains patients. Pour mettre en évidence de tels effets secondaires, le Gouvernement a décidé de mettre en place un système de pharmacovigilance plus opérationnel et a pris d'autres mesures qui visent à renforcer l'action de l'autorité nationale de contrôle, avec l'arrêté du 2 juin 1998, portant sur l'organisation du système national de pharmacovigilance. Le LNCM assure, en collaboration avec la DPL, le contrôle technique de la qualité du médicament. Il est actuellement utilisé pour le « tracking » des produits pharmaceutiques en dessous des standards, du niveau industriel jusqu'au niveau de la case de santé. Ce sont les standards internationaux qui sont utilisés.

La période de renouvellement requise pour l'enregistrement des produits pharmaceutiques est de 5 ans. Ce système est mis à jour, et le cycle moyen pour l'enregistrement se situe entre 6 et 12 mois. Il faut préciser que le système d'enregistrement des produits pharmaceutiques ne génère pas de revenus directs pour le Ministère de la Santé parce que les frais d'enregistrement sont versés au Trésor Public.

Il existe des mécanismes de délivrance ou d'établissement de licences, d'inspection et de contrôle du personnel pharmaceutique, des manufacturiers, des distributeurs et importateurs et des officines de pharmacie. Ceci permet le respect des bonnes pratiques de fabrication. La création des officines de pharmacie est réglementée : leur ouverture est soumise à autorisation. Il existe une réglementation de leur localisation qui doit favoriser l'accès géographique de la population aux médicaments. Cependant, la réglementation n'est pas toujours respectée, avec pour conséquence une concentration des pharmacies dans les grandes villes, notamment à Dakar.

Les produits pharmaceutiques sont totalement exonérés de droits et taxes à l'importation et de TVA à la vente. Les spécialités importées par la PNA et les ONG, et les dons de médicaments, échappent à la procédure d'obtention du visa. Toutefois, depuis 1^{er} janvier 2000, les importateurs doivent s'acquitter

¹¹ Evaluation du secteur pharmaceutique au Sénégal --- MSHP/OMS – Avril 2003
Coordonnateur : Dr Abdoulat MANGANE, DPL, assisté par Dr Mamadou NGOM, EDM, OMS

d'un droit de taxes de 2,5% composé d'un prélèvement UEMOA (1%), d'un prélèvement CEDEAO (0,5%) et d'une redevance statistique (1%).

Malgré l'existence d'une réglementation nationale assez complète, les services d'inspection pharmaceutique sont dotés de moyens logistiques, techniques et humains très insuffisants, notamment avec un seul pharmacien dédié à cette tâche. Après chaque inspection, un rapport est élaboré et transmis à la personne qui a fait l'objet de l'inspection. Malheureusement le pays ne dispose pas d'une équipe d'inspection suffisamment outillée pour conduire toutes les activités nécessaires. Il y a des statistiques sur la compliance et le respect des lois et règlements ; les documents existent et peuvent faire l'objet d'une exploitation à la demande.

4.5.3 SELECTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Il existe une Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) basée sur des guides de traitement standards. Elle identifie les médicaments par niveau de soins (case de santé, poste de santé, centre de santé, Hôpital régional, Centre Hospitalier National). Elle est révisée tous les 2 ans ; la dernière révision date de juillet 2008, mais cette liste n'est pas encore publiée. La révision tient compte des aspects de contrôle des coûts et des aspects thérapeutiques. Ce processus est géré par un comité national d'élaboration et de révision de la LNME, établi par un arrêté du Ministre de la Santé. Ce comité fonctionne avec des termes de références et des procédures standards d'opération, mais la méthodologie de révision devrait être revue selon plusieurs techniciens.

Le système de diffusion de la LNME aux structures est limité par l'insuffisance des moyens pour son impression; elle est diffusée par voie électronique au niveau des PRA. Cette liste, une fois adoptée, reste inchangée pendant deux ans et, à la révision, des produits sont intégrés et d'autres retirés. La dernière liste contient 566 produits contre 531 en 2006. Les produits figurant sur la LNME sont désignés par leur dénomination commune internationale (DCI). Dans le secteur privé, la sélection des médicaments est faite par la commission nationale des visas.

4.5.4 APPROVISIONNEMENT

L'industrie pharmaceutique du Sénégal est composée de trois unités de fabrication locale de médicaments: Sanofi-Aventis, Pfizer A.O, le laboratoire Canonne SA (Valdafrique) et l'Institut Pasteur qui produit le vaccin anti-amaril (fièvre jaune) sous le contrôle de la DPL et du LNCM. Les autres vaccins sont importés. La production locale satisfait 10 à 15% des besoins nationaux, elle reste très insuffisante d'autant qu'elle est exportée en grande partie dans les pays de l'UEMOA.

La PNA est le grossiste répartiteur du secteur public et parapublic. Ses principaux clients sont les hôpitaux, les districts, et des structures dépendantes d'autres ministères ou privées à but non lucratif. La distribution est assurée sur tout le territoire au travers de dépôts régionaux (PRA). La PNA importe également les médicaments antirétroviraux qui lui sont commandés directement par la division en charge du Programme de Lutte contre le Sida et les IST (DLSI), tout comme les antituberculeux commandés par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT).

Pour le secteur privé, l'importation et la distribution sont assurées par quatre grossistes-répartiteurs : LABOREX, COPHASE, SODIPHARM et SOGEN. Cela concerne uniquement les spécialités pharmaceutiques et les génériques en noms de marque. Une quatrième industrie locale (WEST AFRICA) vient renforcer l'existant et doit démarrer sa production incessamment. Le secteur privé approvisionne essentiellement le réseau des officines privées (844 dont la moitié à Dakar) et les 132 dépôts privés.

En parallèle à ces deux filières, existe un important marché illicite. Trafics de médicaments, réseaux clandestins de distribution et vente de produits de contrefaçon sont des pratiques relativement fréquentes au Sénégal. Ce marché n'est pas comptabilisé mais correspond à des montants importants qui se chiffrent à 7 milliards de FCFA¹² par an. Il est alimenté par les flux entre secteurs public et privé, les détournements, les reventes de produits périmés, contrefaits ou illégalement importés des pays voisins, ainsi que le vol de médicaments en provenance des dons. Un observatoire national de lutte contre la vente illicite de médicaments est en train d'être mis sur place par la DPL et le syndicat des médecins privés, qui a estimé le chiffre d'affaires de ce marché à 10 milliards de FCFA.

La PNA est un service public dépendant du Ministère de la Santé avec le statut d'Établissement Public de santé (EPS) bénéficiant d'une autonomie de gestion. Ses achats se font essentiellement par appels d'offres internationaux en DCI et sur la base de la liste nationale des médicaments essentiels. Les appels d'offres sont faits tous les deux ans, mais il peut arriver qu'un produit ne soit pas pris en compte, comme il est le cas avec les Combinaison Thérapeutiques à base d'Arthémisine (CTA) dont la commande relevait d'une urgence à cause d'un changement de protocole thérapeutique.

Le Programme National de lutte contre le Paludisme a pu ainsi faire ses achats via l'OMS. La quasi-totalité des approvisionnements (99%) est faite par appel d'offres et les urgences ne représentent que 1%. Il faut remarquer qu'avec le nouveau code des marchés, les achats par entente directe ne peuvent plus se faire. Tous les deux ans les appels d'offres sont lancés et l'acquisition des médicaments se fait sur une durée de 6 mois.

L'approvisionnement est basé sur l'historique de consommation, avec un stock de sécurité, d'où la nécessité de doter les districts de logiciels de consommation, pour un souci de fiabilité. Chaque PRA fait sa quantification pour le calcul de la consommation moyenne nationale. C'est ensuite qu'une pondération est faite. Le dernier appel d'offres a été lancé en décembre 2007. La PNA est financée sur fonds propres et arrive à couvrir ses besoins qui sont de 8 à 9 milliards de FCFA.

4.5.5 ENTREPOSAGE ET DISTRIBUTION

La PNA, construite en 1954 pour être la centrale d'achat de toute l'Afrique Occidentale Française (AOF), présente aujourd'hui des locaux inadaptés à l'entreposage et aux besoins de stockage nationaux, d'autant plus qu'elle sert en même temps de PRA pour la région de Dakar. Les aires de stockages sont exigües avec une absence de palettes. Ces locaux ne peuvent plus supporter des approvisionnements à hauteur de 8 milliards, comme c'est le cas actuellement.

Dans le système de distribution des médicaments, Les PRA expriment les demandes en fonction de la consommation des districts et des EPS. La PNA dispose d'une logistique suffisante pour l'approvisionnement des PRA, par le transfert du stock du niveau central au niveau régional. La gestion est informatisée et les informations sur la réception et l'utilisation sont communiquées au niveau central par l'élaboration de factures et de bons de commandes.

Tous les programmes passent par le circuit PNA, seul la SR et le PEV distribuent directement leurs produits aux niveaux des régions médicales pour une répartition au niveau district. L'implication du Ministère dans la planification de ces programmes verticaux a amené les coordonateurs de programmes à passer par le circuit de la PNA. Dans un souci de transparence, les donneurs des programmes verticaux viennent parfois contrôler l'état des stocks.

¹² Ministère de la Santé et de la Prévention, Cellule d'appui au Financement de la Santé, Compte nationaux de la Santé, 2005

Au niveau de la PNA, les inventaires sont obligatoires chaque année et tous les écarts sont analysés. En 2007, les pertes d'inventaire estimées à 4% avaient pour principales causes les péremptions. Deux vols ont été signalés au cours de l'année 2008 au niveau des PRA de Thiès et Fatick.

A chaque niveau du système de distribution, il existe des unités réfrigérantes et le contrôle de la température se fait régulièrement. L'existence de groupes électrogènes au niveau des EPS ou des CDS, de même que l'adaptation des appareils avec le gaz butane permet de maintenir une chaîne de froid optimale.

C'est au niveau des districts sanitaires que les problèmes sont le plus souvent rencontrés dans le stockage et la distribution. Lors de l'enlèvement des médicaments au niveau des PRA, les districts utilisent les moyens disponibles comme leurs ambulances ou des taxis-brousses, surtout pour les postes de santé. Outre l'exiguïté des dépôts au niveau des structures de soins, le personnel n'est souvent pas assez qualifié pour la gestion des médicaments qui n'est pas encore informatisée. Les pharmaciens ne se retrouvent que dans les EPS ; au niveau district ce sont les agents de santé communautaires qui gèrent l'essentiel des dépôts. Ceci se répercute sur la tenue des outils de gestion et le respect des procédures d'où l'absence quasi-totale d'un système d'information pharmaceutique au niveau opérationnel.

Les médicaments sont vendus aux malades consultés dans leurs structures mêmes et sur présentation obligatoire d'une ordonnance. Cette stratégie de recouvrement réel des coûts de médicaments est une composante de l'Initiative de Bamako. Le recouvrement a largement contribué à la réussite de l'IB au Sénégal.

Le secteur privé contrôle plus de 70% en valeur du marché des médicaments. La distribution du secteur privé est assurée par quatre sociétés grossistes qui approvisionnent 844 officines privées, lesquelles approvisionnent aussi 132 dépôts pharmaceutiques privés.

4.5.6 BON USAGE

Pour pallier la non-disponibilité du formulaire thérapeutique au niveau national, les ordinogrammes et fiches thérapeutiques contribuent à la rationalisation de l'utilisation des médicaments. Ces outils sont surtout remarquables au niveau des postes de santé. Le processus de rationalisation des prescriptions est renforcé par la formation continue, sous forme de séminaires et d'ateliers. Les guides sont utilisés pour la supervision et le monitoring des activités dans les structures du service public. Cette prescription est bien réglementée et elle est recommandée en DCI dans le secteur public. Ces ordinogrammes sont des guides nationaux thérapeutiques avec les traitements standards pour les principaux problèmes de santé. Les médicaments figurant dans ces guides sont utilisés, aussi bien pour les activités d'approvisionnement que pour développer la LME par le comité d'élaboration et de révision de la LNME. Il n'existe malheureusement pas de centre d'information sur les médicaments.

4.5.7 DISPONIBILITE

Une meilleure accessibilité financière est recherchée grâce au concours de la PNA dont les achats par appel d'offres international contribuent à diminuer largement les prix, d'autant plus que l'Etat a renoncé à l'essentiel des taxes. Avec le recouvrement des coûts de médicaments dans le cadre de l'IB, les points de vente sont devenus proches des populations. Cependant, l'accessibilité financière aux médicaments des populations démunies, et sans couverture sociale, a souffert du non respect des marges bénéficiaires au niveau des structures sanitaires. La proportion de ménages résidant à moins de 15 minutes d'une structure de santé est estimée à 43,9% pour l'ensemble du pays, 34,7% en zone rurale, 56,4% pour Dakar et 51,9% pour les autres villes.

Des ruptures de médicaments sont notées dans les structures à tous les niveaux et concernent surtout les antibiotiques, le fluotane et les SRO. Des ruptures sur la gamme de traceurs ont été notées ; elles étaient dues à la fois à des épisodes de rupture au niveau de la PNA et à la mauvaise gestion des stocks et des outils de gestion au niveau des formations sanitaires. Une rupture en amoxicilline est intervenue qui, selon les responsables de la PNA et des PRA, était mondiale avec l'arrêt de fabrication en Chine, durant la préparation des jeux olympiques. Lors de l'appel d'offres, en 2005, la quantification n'était pas suffisante pour couvrir 24 mois, alors que les avenants n'étaient plus possibles du fait des dispositions du nouveau code des marchés. Les ruptures de fluotane sont dues à l'arrêt de fabrication chez la majeure partie des fabricants. La rupture d'amoxicilline a duré 6 mois, mais pour les autres produits la durée moyenne de rupture est de 2 mois. Les ruptures de SRO sont dues à un changement de protocole, avec le passage au SRO amélioré sous l'égide de l'UNICEF. En somme, 80% de la gamme de traceurs était disponible au moment de l'étude au niveau des structures de santé visitées. Les EPS disposent de pharmaciens au niveau de leurs dépôts mais n'ont pas mis en place des Comités Techniques de Médicaments fonctionnels. Au niveau des districts c'est plutôt l'absence de personnel qualifié au niveau des dépôts qui se répercute sur la bonne dispensation des médicaments.

4.5.7.1 ACCES A DES SERVICES ET PRODUITS DE QUALITE

Les médicaments sont contrôlés par le LNCM, qui est un service du MSP. Les contrôles se font lors de l'enregistrement, lors des appels d'offres internationaux de la PNA et lorsque des prélèvements sont faits par les inspecteurs dans le cadre de leur mission.

A côté d'autres mesures qui visent à renforcer l'action de l'autorité nationale de contrôle, le Ministre de la Santé a pris l'arrêté du 2 juin 1998, portant sur l'organisation du système national de pharmacovigilance. Le système OMS de certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international est pris en compte. Dans le processus d'approvisionnement, les échantillons sont requis mais pas testés, le protocole pour que chaque produit soit testé est en cours (certains produits sont testés comme les ARV et ACT).

L'assurance qualité repose, au Sénégal, sur le système d'enregistrement des médicaments, l'inspection pharmaceutique, le contrôle technique et le système de pharmacovigilance.

La commercialisation de tout médicament est soumise à l'obtention préalable d'un visa de spécialité pharmaceutique délivré par la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires. Il faut payer un droit de visa par forme galénique, et par dosage, et ce visa est valable 5 ans. Normalement, pour obtenir ce visa, le médicament doit impérativement être fabriqué dans son pays d'origine mais, devant les productions délocalisées de certains grands laboratoires, les autorités locales ont dû adapter les textes au contexte mondial.

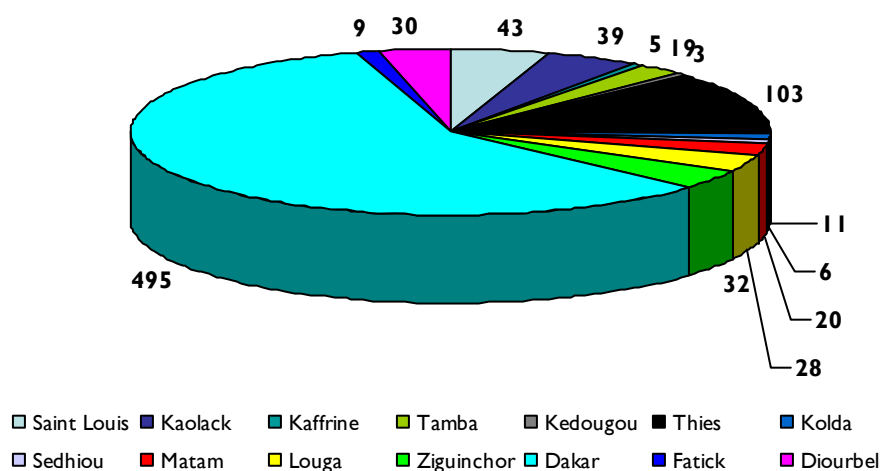
La dispensation des médicaments à l'échelle nationale est autorisée jusqu'au niveau des postes de santé. Cependant il faut remarquer l'existence de sources de médicaments non autorisées, qui inondent le marché de produits illicites, pourtant très prisés par les populations, surtout dans les régions de Dakar et Diourbel.

La mise en place des génériques au niveau des offlines privées et la possibilité qu'elles ont de ravitailler les dépôts contribuent largement à inciter le secteur privé à renforcer l'accès géographique des consommateurs à des produits et services de qualité.

La plupart des prescripteurs autorisés sont formés à l'Université de Dakar ou dans les écoles de formation publiques comme privées du pays. En 2007, le Sénégal comptait 823 médecins, 137 chirurgiens dentistes, 555 sages femmes, et 1319 infirmiers diplômés d'Etat¹³. La majorité est exposée aux guides au niveau des postes de travail. En 2008, le Sénégal compte 949 pharmaciens dont 844 dans les officines et 105 dans le secteur public.

Le Sénégal compte 843 officines de pharmacie, dont plus de la moitié sont établis dans la région de Dakar (voir figure 6).

FIGURE 6 : REPARTITION DES OFFICINES DE PHARMACIE, PAR REGION



Source: SNIS

4.5.7.2 FINANCEMENT DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

L'Etat alloue chaque année des ressources pour l'achat de médicaments au niveau des formations sanitaires publiques. Il accorde également des subventions pour l'achat de médicaments spécifiques comme les antituberculeux, pour une valeur de 260 millions de FCFA par an, les ARV pour 1,5 milliard de FCFA par an, les vaccins pour 850 millions de FCFA par an et l'insuline pour 350 millions de FCFA par an. A cela s'ajoute les subventions octroyées aux structures de santé pour les initiatives de gratuité des accouchements et de la césarienne, auxquelles viennent s'ajouter celles du plan de gratuité des soins pour les personnes âgées (Sésame).

C'est le système de recouvrement des coûts qui est en vigueur dans le secteur public ; ce qui veut dire que les médicaments sont vendus aux patients. Les prix des médicaments sont homologués avec des marges qui sont fixées par arrêté ministériel. Les médicaments sont exonérés de droits de douanes, hormis ceux liés au Tarif Extérieur Commun appliqué par les pays de l'UEMOA. Seuls les médicaments du Programme de Lutte contre la Tuberculose, les ARV, les kits d'accouchement et de césarienne sont gratuits. L'assurance maladie couvre une partie infime de la population.

¹³ Ministère de la Santé et de la Prévention, Services national de l'Information sanitaire, Carte sanitaire, 2008

Les dépenses en médicaments et consommables varient entre 10 et 17% du budget global du Ministère de la Santé entre 1998 et 2006 (voir tableau 8).

TABLEAU 8 : EVOLUTION DU FINANCEMENT EN MEDICAMENTS ET CONSOMMABLES AU SEIN DU MINISTERE DE LA SANTE DE 1998 A 2006 (EN MILLIONS DE FCFA)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Medicaments	4 899,96	7 785,58	6 407,54	8 213,82	9 399,11	9 960,48	10 587,46	17 550,80	12 492,02
Vaccins et consommables médicaux	759,54	541,6	537,5	1 059,25	2 629,85	1 078,90	1 209,09	4 242,48	1 585,78
Total	5 659,5	8 327,18	6 945,04	9 273,07	12 028,97	11 039,37	11 796,55	21 793,28	14 077,80
Total financement	37 157,29	51 949,18	61 996,69	75 471,6	92 186,7	95 659,45	112 220,05	127 023,38	130 255

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention/DAGE

4.5.7.3 PRIX DES MEDICAMENTS

L'arrêté interministériel 000188/MSHP/DPM du 15 janvier 2003 fixe le mode de calcul des prix des médicaments, quel que soit le secteur. Cependant il faut remarquer que ces marges ne sont ni respectées, ni uniformes pour l'ensemble des structures par niveau.

Dans le secteur privé, la structure de prix est ainsi présentée : le prix grossiste hors taxe (PGHT), ou prix départ usine, est le prix de base accepté dans l'arrêté d'autorisation de mise sur le marché. A ce prix sont ajoutées la valeur CAF pour les médicaments importés, le transit interne, ainsi que les différentes marges des distributeurs. On aboutit ainsi à des coefficients multiplicateurs du PGHT en francs CFA, qui sont de quatre grandeurs :

- pour les médicaments dits sociaux (marge la plus faible), le coefficient est de 1,32
- pour les médicaments dits « normaux », il est de 1,8586
- pour les médicaments à conditionnement hospitalier, il est de 2,12
- pour les génériques en DCI, le prix PNA est multiplié par 1,5.

Dans le secteur public, La PNA s'approvisionne par appel d'offres international, ce qui lui permet d'obtenir de bas prix. La marge de vente est fixée uniformément pour tous les médicaments dans les secteurs public et privé et, comme indiqué plus haut, le prix PNA est multiplié par 1,5.

En 2005, les dépenses totales en produits pharmaceutiques compte non tenu des hospitalisations représentaient 18,84% de la dépense nationale en santé. Ces dépenses étaient estimées à 4417,074 F CFA par habitant. L'Etat a dépensé 53,73 F CFA/habitant et le secteur privé 436,26 F CFA/habitant. Les ONG ont dépensé 61,5 millions de F CFA en médicaments dont les 53 millions étaient destinées à la lutte contre les maladies transmissibles.

Même si la promotion des médicaments génériques contribue à lever les barrières financières à l'accès aux médicaments, des problèmes réels subsistent pour ce qui concerne la capacité des populations à acheter les médicaments en spécialités. Le développement de l'assurance-maladie, en organisant la mutualisation des risques et en réduisant le paiement direct par l'utilisateur, pourrait contribuer grandement à résoudre cette lancinante question.

4.5.7.4 FORCES ET FAIBLESSES

Forces

- l'existence d'une législation, d'une Autorité Nationale de Réglementation, ainsi que l'élaboration d'un document officiel de politique pharmaceutique et d'un plan directeur,
- l'existence d'un LNCM, d'une Centrale d'achats des médicaments par appels d'offres (la PNA) avec des structures décentralisées dans toutes les régions (les PRA) et de quatre grossistes répartiteurs dans le privé ;
- L'autorisation préalable requise avant l'entrée des médicaments sur le territoire sénégalais et les contrôles effectués, et le fait que les vaccins sont soumis au visa des autorités sanitaires et à des contrôles ;
- l'existence de mécanismes de délivrance ou d'établissement de licences, d'inspection et de contrôle du personnel pharmaceutique, des manufacturiers, des distributeurs et importateurs et des officines de pharmacie pour le respect des bonnes pratiques de fabrication ;
- L'exonération de droits et taxes à l'importation et de TVA à la vente sur les produits pharmaceutiques;
- L'existence d'une liste des Médicaments Essentiels basée sur des guides de traitement standards ; qui identifie les médicaments par niveau de soins et qui est révisée tous les deux ans ;
- L'existence de trois industries de fabrication de médicaments, avec une quatrième industrie qui va bientôt démarrer sa production, et de quatre grossistes répartiteurs dans le secteur privé ; ce qui renforce l'approvisionnement;
- La mise en place par les différents programmes de santé d'ordonnances qui sont des schémas thérapeutiques standards qui sont contrôlés ;
- la volonté politique de l'Etat qui, tout en accordant chaque année aux formations sanitaires des fonds destinés à l'achat de médicaments, qui s'ajoutent aux ressources du système de recouvrement des coûts, subventionne l'achat de certains médicaments (ARV, TB, Diabète, produits SR, PEV).

Faiblesses

- L'obsolescence des textes qui datent de la période coloniale ;
- Les contraintes du nouveau code des marchés qui mettent la PNA devant l'impossibilité de prendre en charge correctement certaines urgences ;
- L'insuffisance des aires de stockage qui, par ailleurs, ne sont pas aux normes au niveau de la PNA;
- L'absence d'un système d'information pharmaceutique au niveau national ;
- L'insuffisance des moyens humains, logistiques et techniques des services d'inspection, de contrôle technique de qualité et d'enregistrement;
- La faiblesse de la production locale qui ne satisfait que 10 à 15 % des besoins nationaux en médicaments, et qui est exportée en grande partie dans les pays de l'UEMOA ;
- L'existence de ruptures de stock de produits traceurs au niveau de la PNA comme au niveau des structures de soins ;

- Les menaces sur la qualité des médicaments dues au fait que dans le processus d'approvisionnement, les échantillons sont requis mais pas testés;
- La non-disponibilité de la LNME dans les structures périphériques, par insuffisance de moyens pour la diffusion de la liste et par manque de moyens d'archivage au niveau des établissements publics ;
- La non application des dispositions sur les marges bénéficiaires, souvent par ignorance, et de celles sur la clé de répartition des recettes générées par la vente des médicaments;
- L'absence de personnel qualifié au niveau des dépôts qui se répercute sur la bonne dispensation des médicaments ;
- La vente illicite des médicaments qui représente un chiffre d'affaires de 7 milliards de FCFA, selon les résultats des comptes nationaux de la santé;
- L'absence constatée pour la majorité des districts, de critères de répartition de la ligne médicament du FDD aux formations sanitaires de leur zone de responsabilité ;
- L'autorisation d'achat à la PRA de Dakar de certains centres de santé contre remboursement des 15% au dépôt du district. qui constitue un risque de désorganisation du système d'approvisionnement et de distribution du médicament ;
- La forte pression financière sur le médicament, dont le rôle central dans le financement des formations sanitaires conduit à des hausses qui freinent l'accessibilité ;
- La non-harmonisation des outils de gestion selon les différents niveaux de dépôts.

4.6 SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

4.6.1 DÉFINITION DU SIS ET GÉNÉRALITÉS

Un Système d'Information Sanitaire (SIS) est « un ensemble de composantes et de procédures organisées dans le but de générer des informations qui amélioreront les décisions relatives à la gestion des soins de santé à tous les niveaux du système sanitaire».

Selon l'OMS, « le système d'information sanitaire est un ensemble de personnes, procédures et matériels organisés dans le but de fournir l'information en temps voulu et sous une forme appropriée pour les besoins des programmes ainsi que les échanges internationaux d'informations sanitaires. Il a pour fonction de fournir l'information nécessaire pour la gestion du programme sanitaire national à tous les niveaux».

Le SIS comporte plusieurs sous-systèmes gérés par divers programmes et institutions. Les interrelations entre ces différents sous-systèmes vont déterminer la performance d'un SIS.

Au Sénégal, il a été créé, par décret 2004-1404 du 4 novembre 2004, un Service National de l'Information Sanitaire (SNIS).

Ce décret fixe les missions de ce service:

- réalisation des études et des enquêtes statistiques,
- collecte et analyse des informations sanitaires,

- élaboration de l'annuaire des statistiques sanitaires et démographiques,
- participation à la surveillance épidémiologique,
- centralisation et mise à jour de la documentation sur l'ensemble du système et des services sanitaires.

4.6.2 DESCRIPTION DE L'ARCHITECTURE ET DE L'ORGANISATION DU SIS

4.6.2.1 DONNÉES DE ROUTINE

Le système d'information sanitaire du Sénégal est bâti sur la pyramide du système de santé structurée à 3 niveaux que sont le district sanitaire (DS), la région médicale (RM), et le niveau central.

Au niveau de poste de santé, sont collectées mensuellement les données qui sont transmises au niveau du centre de santé, qui centralise les données de tous les postes de santé du district. Habituellement les données du district sont transmises à la région médicale tous les 3 mois. Au cours de la réunion trimestrielle de coordination régionale, à laquelle participent les membres de l'équipe-cadre de district, les données sont souvent analysées avant d'être transmises tous les 6 mois au niveau central. Il arrive que des réunions se tiennent à des intervalles différents pour la collecte et l'analyse des données de routine ou des données spécifiques à certains programmes.

Au niveau central, se trouvent le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS), autour duquel existent plusieurs sous-systèmes d'Information sanitaire dont le développement est différent d'un programme à l'autre. La collecte des données de routine devaient en principe intégrer les principales données de tous les sous-systèmes d'information. Ce qui n'est, malheureusement, pas le cas.

4.6.2.2 SOUS-SYSTÈMES D'INFORMATION SANITAIRE DES PROGRAMMES DE SANTÉ

Dans le cadre de cette évaluation, les sous-systèmes des programmes suivants :

- Division de la lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (DSIST),
- Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNT),
- Division de l'Immunisation qui gère les données du Programme Elargi de Vaccination (DI/PEV),
- Division de la Surveillance Épidémiologique.

D'autres sous-systèmes d'information dépendant d'autres programmes existent, comme ceux relatifs à la lutte contre le paludisme, la cécité, l'onchocercose, la filariose lymphatique, mais ils n'ont pu être visités. Ces programmes sont dotés de ressources humaines et financières et d'équipements qui leurs sont propres et bénéficient tous de financements extérieurs qui facilitent leur fonctionnement. Ils disposent chacun d'une unité de suivi-évaluation qui facilite la prise de décision et ont mis en place des systèmes de collecte des données qui leurs sont propres, même s'il y a parfois des rencontres périodiques avec le SNIS pour des échanges de données. Ces échanges de données se font dans des cadres non institutionnalisés et sont très dépendants de la qualité des relations entre les personnes. Ce qui affaiblit considérablement la coordination entre le SNIS et les sous-systèmes.

4.6.2.3 SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE POUR LA RIPOSTE

Dans le cadre de la lutte contre la maladie, il a été élaboré en 2003 au Sénégal un plan stratégique pour la surveillance épidémiologique et la riposte (2004-2008) en cours d'exécution. Dans ce cadre, des outils de collecte et transmission de données ont été mis en place.

Les maladies faisant l'objet d'une surveillance sont les suivantes :

- Les maladies cibles du PEV (coqueluche, poliomyélite, diphtérie, tétanos, rougeole, fièvre jaune, tuberculose, hépatite B),
- Les maladies à potentiel épidémique comme le choléra, la méningite, les shigelloses,
- Les manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI).

Il y a une notification hebdomadaire régulière à partir du district qui transmet les données à la région médicale qui, à son tour, les achemine au niveau central. En cas d'épidémie, la notification est quotidienne. Des points focaux ont été désignés dans chaque région à cet effet et disposent de ressources pour mener à bien la mission. Ces mêmes points focaux existent au niveau district et sont souvent sous la responsabilité du Superviseur des Soins de Santé Primaires du district. Ce point focal est parfois le responsable du PEV au niveau du district.

Un guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte a été révisé en juin 2008 et prend en compte les maladies ci-dessus en plus d'autres maladies et affections jugées prioritaires et de certaines maladies non transmissibles. Ce guide définit les normes et procédures en matière de surveillance de la maladie et de riposte.

4.6.2.4 SOUS-SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE HOSPITALIER

Un Système d'Information Médicale (SIM) est en train d'être mis en place progressivement au niveau des hôpitaux. En effet, la loi 98 - 08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière évoque, en son article 16, la mise en place d'un SIM permettant une connaissance des services offerts dans les structures hospitalières et des coûts afférents. Il doit s'intégrer dans la SIS.

Dans le cadre de ce SIM, il a été élaboré des outils de collecte des données, notamment la fiche de Résumé d'Unité Médicale (RUM) pour chaque malade, ainsi qu'un modèle de rapport mensuel et trimestriel. Les données sanitaires sont enregistrées selon la Classification Internationale des Maladies (CIM.10) et les agents de santé ont été formés à l'utilisation du logiciel EPI Info pour l'analyse des données. Il faut reconnaître que la mise en place de ce SIM, qui s'installe progressivement, reste lente et n'est pas effective dans certains hôpitaux. Il existe, ici également, une faible coordination avec le SIS.

Une évaluation effectuée en avril 2008 dans les 5 hôpitaux pilotes a permis de constater des points faibles, notamment :

- l'absence de formation des personnels nouvellement affectés,
- le non remplissage de la fiche RUM,
- les retards à l'envoi des rapports trimestriels d'activités,
- l'absence d'analyse des données pour des agents qui ont déjà bénéficié de la formation à EPI Info prévue à cet effet,

- un faible soutien accordé au SIM par les dirigeants des EPS.

4.6.2.5 SOUS-SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE GESTIONNAIRE

Parmi les sous-systèmes d'information sanitaire 'non cliniques' visités au cours de cette évaluation, figurent ceux :

- de la Direction des Ressources Humaines,
- de la Direction des Équipements Médicaux,
- du Service National de l'Hygiène.

Contrairement aux programmes de santé, ces sous-systèmes d'information sanitaire sont caractérisés par la pauvreté, voire l'inexistence de données, comme à la Direction des Équipements Médicaux. Ces sous-systèmes sont moins bien structurés et ne bénéficient pas de soutien financier des partenaires du Ministère pour leur fonctionnement. Pour la mise en place de sous-systèmes gestionnaires performants, des efforts restent à fournir, malgré l'élaboration par le SNIS d'outils de collecte des données.

4.6.2.6 SOUS-SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE DES SECTEURS PRIVÉS ET PARAPUBLIC

Les données sanitaires existantes dans ces sous-systèmes sont rarement communiquées au Ministère, qui est chargé de rassembler toutes les données relatives à l'offre de services de santé. A ce niveau également, la transmission des données au SIS est très dépendante de la qualité des relations humaines entre les agents du district et ceux de ces sous-systèmes, parce qu'il n'y a pas de relation institutionnalisée pour la gestion des données. Souvent, les données des secteurs privé et parapublic sont complètement ignorées du SIS; ce qui nuit gravement à la qualité des données en termes de complétude pour les services offerts.

4.6.2.7 ENVIRONNEMENT STATISTIQUE NATIONAL

Il est tout à fait favorable au développement d'un SIS performant. En effet, un schéma directeur de la statistique du Sénégal a été mis en place avec un important programme de mise en œuvre, allant de 2008 à 2013. Il se donne pour mission de « répondre de manière fiable, rapide et la plus fine possible, aux besoins en statistiques officielles des divers utilisateurs et aux engagements du Sénégal (OMD, DSRP) (3). Ce schéma directeur prend en compte tous les secteurs y compris celui de la santé, à travers le SIS qui doit bénéficier de son soutien.

4.6.3 ANALYSE DE LA STRUCTURE ET DE L'ORGANISATION DU SIS

Malgré une volonté politique nettement affirmée, le SIS est loin d'être performant, comme le montre les chapitres suivants. Cependant, il renferme d'importantes potentialités et opportunités qui peuvent faciliter son rapide développement. Le développement du SIS est très dépendant de celui du système de santé dans sa globalité, car « le développement des Systèmes d'Information Sanitaire doit faire partie intégrante de l'action menée pour renforcer les systèmes de soins (2)». Le développement des sous-systèmes existants est tout à fait compatible avec celui du SIS. Cela est même souhaitable, dans le cadre d'un SIS fédérateur et coordonnateur qui prend en compte des indicateurs et données précis.

Le grand défi sera le renforcement du leadership du SNIS dans le respect du développement des différents sous-systèmes existant dans le SIS. Le SNIS devra renforcer la coordination avec les sous-systèmes des programmes de santé qui ont connu un développement important, et apporter un soutien à la mise en place de sous-systèmes dans les services non cliniques du Ministère de la santé (DRH, DEM, SNH, etc.) qui sont les moins développés.

4.6.4 RESSOURCES, POLITIQUES ET RÉGLEMENTATION

Le SNIS a été créé par décret avec des missions très précises. Il est doté d'un budget de 200 millions de francs CFA par an, avec une autonomie de gestion. Ce budget est largement en deçà des besoins de la structure. Les ressources humaines au niveau de ce service central sont insuffisantes et ne sont pas spécialisées dans la gestion des statistiques. Le SNIS a bénéficié d'un soutien du Réseau de Métrologie Sanitaire (Health Metrics Network) pour un montant de 91 000 dollars US en 2007 pour l'évaluation du SIS.

Aux différents intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire, il n'y a pas de budget spécifique pour soutenir le SIS. Ce budget existe pour certains programmes de santé comme ceux visités (DSIST, PNT, DI et DSE) et sont fournis de l'extérieur (Fonds Mondial et GAVI essentiellement).

Il n'existe pas de structure gestionnaire du SIS au niveau régional et district chargé spécifiquement de la gestion des données mais des personnes identifiées qui sont souvent formées en cours d'emploi.

Des réunions trimestrielles régionales sont organisées par axe, regroupant 3 ou 4 régions, avec les équipes cadres de districts et de régions, pour procéder régulièrement à la collecte et à la validation des données. Ces réunions sont en grande partie organisées par les programmes de santé dotés de ressources financières substantielles. Le SNIS tente également d'organiser ce genre de réunions, de manière irrégulière, faute de moyens, pour consolider les données des régions et faciliter la confection des rapports des données de routine, ou dans le cadre du suivi des indicateurs du DSRP.

4.6.5 COLLECTE DE DONNÉES ET QUALITÉ

Le SNIS a mis en place des maquettes de saisies des données des différents niveaux de la pyramide sanitaire pour les données de routine. Ces maquettes sont accompagnées d'instructions de remplissage et prennent en compte les différents postes de santé et pour toute l'année. Il existe aussi des maquettes de saisies des données des programmes de santé utilisés par les agents de santé, parallèlement aux maquettes mises en place par le SNIS.

Différents guides ont été confectionnés par le SNIS et les programmes pour aider les agents de santé à bien remplir les outils de collecte des données. Ces guides sont diffusés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les outils de collectes de données mis en place par les programmes, et parfois par des ONG, sont jugés pléthoriques par les agents de santé au niveau régional et de district. Il y a souvent une répétition des mêmes demandes à un rythme difficilement soutenable par les agents de santé; ce qui crée beaucoup de frustration. A titre d'exemple, dans un des postes de santé visités, celui de Paoskoto, dans le district de Nioro, il y a 21 outils de collecte de données que l'ICP doit renseigner tous les mois, en plus de ses autres activités. Au centre de santé du district de Kaolack, la responsable de la gestion des données VIH/SIDA déclare devoir remplir tous les mois 15 outils de collecte des données uniquement pour ce problème de santé.

Des ateliers de révision des outils de collecte des données sont régulièrement organisés par les programmes de santé et contribuent au renforcement des sous-systèmes mis en place.

Les agents chargés de la vérification de la qualité des données collectées ne garantissent pas celle-ci et sont plutôt préoccupés par leur cohérence. Il arrive que des problèmes identifiés lors de l'analyse des données soient à l'origine d'une supervision initiée par le niveau central (le programme concerné), pour une vérification sur le terrain. Dans ce cas, les membres des équipes du niveau central se rendent sur le terrain avec ceux du niveau régional au niveau du district, voire de la communauté, pour un examen plus approfondi à la source.

Avec l'appui de GAVI, il a été effectué un audit de la qualité des données (DQA) en 2003 qui a permis une analyse plus fine des données collectées dans le cadre des programmes de vaccination et de surveillance épidémiologique. Cet audit, effectué par un cabinet indépendant, a permis de s'assurer que les données du PEV et de la SE sont de bonne qualité.

Les données du privé et du parapublic sont faiblement représentés dans le SIS et posent le problème de la fiabilité et de complétude des données au niveau national.

Même les données du Ministère, qui sont supposées être bien colligées en routine, ne renferment pas la totalité de l'offre des structures sanitaires. En se référant à l'annuaire des statistiques sanitaires de 2007, on constate que la moyenne de la complétude des données au plan national est de 63%, variant entre 78% pour la région de Tambacounda à 33%, la plus faible pour la région de Kolda.

4.6.6 ANALYSE DE DONNÉES

4.6.6.1 AU NIVEAU DU POSTE DE SANTÉ

Généralement, il y a un seul agent de santé à ce niveau pour collecter les données et élaborer les rapports. Cet agent a généralement bénéficié de formation en cours d'emploi lui permettant de faire correctement ce travail, mais il rencontre d'énormes difficultés à cause du nombre élevé d'outils et de la lourde charge de travail pour les soins préventifs et curatifs. Il procède, en fonction de son ancienneté dans le système et son expérience, à une analyse des données, avec prise de décision locale, avant de les transmettre au centre de santé où se fera la synthèse du district. Il arrive que les données ne soient même pas cohérentes; ce qui exclut la possibilité d'une bonne analyse. C'est là que la faiblesse des ressources humaines, en nombre et en qualité, peut influencer négativement sur le SIS.

L'ICP n'échange pas d'informations avec le responsable du Centre d'Appui au Développement Local (CADL), basé à la Sous-préfecture et qui centralise les statistiques utiles pour l'action sanitaire (disponibilité alimentaire et en eau potable, latrines, données de population et de développement local etc.) et perd ainsi des informations utiles qui aurait permis une analyse plus approfondie des données.

4.6.6.2 AU NIVEAU DU DISTRICT SANITAIRE

A ce niveau, il y a un ou plusieurs agents de santé qui sont chargés de la gestion des données du district. Ce sont souvent des agents travaillant pour des programmes spécifiques dépendant du niveau central, mais qui gravitent tous autour du superviseur des soins de santé primaires qui est le véritable gestionnaire des données à ce niveau. Il n'est cependant pas rare de constater que des agents envoient directement des rapports au niveau régional ou central sans s'assurer de leur consolidation au niveau du district, sous le leadership du superviseur.

L'analyse des données est mieux faite à ce niveau et les prises de décisions sont plus régulières pour intervenir dans des zones du district où des défaillances sont rencontrées. Le rapport mensuel de la réunion de coordination mensuelle met souvent en exergue ces points faibles.

A ce niveau également, les échanges sont pauvres avec les services départementaux ou locaux chargés de la statistique et de la planification, comme constaté au niveau du poste de santé.

4.6.6.3 AU NIVEAU DE LA RÉGION MÉDICALE

Le même schéma d'analyse des données se retrouve au niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire. Les ressources humaines chargées de la gestion des données à ce niveau sont mieux qualifiées et ont bénéficié de nombreuses sessions de formation, du fait de leur ancienneté dans le système de santé. Des équipements informatiques y ont été mis en place dans la plupart des cas et les personnels sont des formateurs en gestion et analyse des données. Les guides de formations disponibles sont mis à profit pour assurer la formation des agents du district ainsi que les manuels de suivi-évaluation pour un bon suivi de la performance des programmes.

Le SNIS a mis en place des modèles de rapports pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire :

- rapport global de la zone de responsabilité du poste de santé produit tous les mois,
- rapport global d'activités de district produit tous les 3 mois,
- rapport d'activités de l'hôpital, produit tous les 6 mois.

Il a été également élaboré par le SNIS un modèle de rapport d'activités trimestriel de la structure privée qui est en cours de diffusion.

Ces rapports aident à l'analyse des données des différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Le niveau hospitalier a mis en place le logiciel Epi Info pour la gestion des données, mais il est faiblement utilisé.

Globalement, pour ces différents niveaux de pyramide sanitaire, les données de base de population sont tirées de documents officiels (4). Mais il arrive que les informations contenues dans ces documents ne reflètent pas la réalité du terrain et amènent les agents de santé à travailler avec des chiffres différents.

4.6.7 UTILISATION DE L'INFORMATION POUR LA GESTION, LE DÉVELOPPEMENT DE POLITIQUES, LA GOUVERNANCE ET L'OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES

Les informations recueillies dans le SIS sont mises à profit pour la planification aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. C'est surtout au niveau central que l'information sanitaire est utilisée pour l'allocation des ressources. Au niveau intermédiaire et périphérique, le financement est souvent lié à une allocation en provenance du niveau central qui ne répond pas toujours à aux préoccupations locales, du moins en termes de priorités liées à des données statistiques. Ainsi, les maladies non transmissibles qui commencent à peser lourd sur le poids de la maladie, ne bénéficient pas des mêmes financements que des programmes dits prioritaires soutenus par le Fonds mondial et GAVI. Le Major du centre de santé de Kaolack s'est inquiété de la place importante prise par l'hypertension artérielle dans les

statistiques sanitaires qu'il enregistre mensuellement, alors qu'il ne sent pas une attention particulière accordée à cette maladie.

Dans le cadre du renforcement du rôle des élus locaux et de la participation de la société civile dans la planification, le financement et l'exécution des actions de développement sanitaire, les agents de santé du niveau opérationnel et régional sont instruits à s'impliquer dans l'élaboration et l'exécution des Plans Opérationnels des Collectivités Locales (POCL). Ces plans prennent en compte le volet santé. Le Plan de Travail Annuel (PTA) doit refléter cette orientation du secteur de la santé. A ce titre, l'information sanitaire est partagée pour faciliter la prise de décision.

Au cours de l'atelier de révision des indicateurs du DSRP par les différents secteurs de développement, l'on s'est rendu compte que les indicateurs du secteur de la santé n'étaient pas complètement renseignés. C'est le cas pour plusieurs autres secteurs et ceci prouve que des efforts restent à faire pour intéresser les agents au suivi des indicateurs.

Le SIS est globalement bien structuré et présente des potentialités importantes pouvant faciliter son développement. Il a bénéficié d'une évaluation récente avec l'appui du Réseau de Métrologie Sanitaire. Des sous-systèmes performants sont mis en place avec l'appui des partenaires extérieurs surtout pour les programmes de santé qui ont été visités (DSIST, DI/PEV, DES, PNT, leur coordination avec le SNIS est faible. Cependant, les sous-systèmes non cliniques qui ont été visités (DRH, DEM, SNH) sont faibles et méritent un appui substantiel.

En outre, le SIS est affaibli par l'insuffisance des ressources humaines en qualité et en nombre. Cependant l'environnement statistique national est favorable à la mise en place et au développement d'un bon système d'information sanitaire.

4.6.8 FORCES ET FAIBLESSES

Forces

- Existence d'une volonté politique de mettre en place un SIS performant prenant en compte les différents niveaux de la pyramide sanitaire (le SNIS, créé par décret en novembre 2004 est doté d'un budget avec une autonomie de gestion et les sous-systèmes sont clairement identifiés),
- Développement du sous-système gestionnaire du médicament et des sous-systèmes d'information sanitaire cliniques performants (DSIST, DI, DES, PNT) qui ont mis en place des unités de suivi-évaluation au niveau central,
- Existence d'efforts d'intégration des données des sous-systèmes dans le SIS (leur plus grande visibilité se fait progressivement) malgré une tendance à mettre en place des sous-systèmes « indépendants »,
- Présence à chaque niveau de la pyramide sanitaire d'une ou plusieurs personnes chargées de la gestion des données du SIS,
- Elaboration et mise en place par le SNIS et les sous-systèmes de guides spécifiques pour assurer la qualité des données,
- Collecte des données et élaboration des rapports par les ICP, grâce à une organisation méticuleuse,
- Soutien du Réseau de Métrologie Sanitaire au SNIS pour l'évaluation du SIS,

- Existence d'une structure nationale (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie) chargée de fédérer les systèmes sectoriels dans un cadre national de la gestion de la statistique de développement.

Faiblesses

- Très faible prise en compte des données des secteurs privé et parapublic dans les données colligées par le SIS,
- Faiblesse de la coordination entre le SNIS et les sous-systèmes d'information sanitaire du MSP d'une part, et avec les autres secteurs (Forces Armées, Education, MINT etc.) d'autre part,
- Insuffisance du personnel chargé du SIS aux différents niveaux de la pyramide, particulièrement aux niveaux régional et de district, doublée de sa faible capacité technique
- Faible informatisation du SIS, malgré des efforts fournis au niveau de certains programmes,
- Existence d'une multitude d'outils de gestion des données pour les différents programmes, et parfois pour les ONG, aux niveaux régional et de district pour la collecte des données (21 outils au poste de santé de Paoskoto ; ce qui alourdit le travail des agents de santé),
- Faible maîtrise des outils de collecte par certains agents de santé surtout au niveau des postes de santé et centres de santé,
- Faiblesse des sous-systèmes d'information sanitaires gestionnaires (DRH, DEM, SNH, etc.),
- Faiblesse de la collaboration des unités de gestion des données au niveau régional et de district avec les services d'autres secteurs (statistique, planification) des mêmes niveaux,
- Forte dépendance des sous-systèmes existants par rapport au financement extérieur.
- Déséquilibre entre les sous-systèmes d'information de certains programmes qui disposent de moyens importants permettant une collecte prompte et complète des données et le SNIS qui ne dispose pas de moyens suffisants, alors qu'il doit coordonner le SIS dans sa globalité,
- Faiblesse de la rétro information entre l'hôpital régional et les centres de santé de district qui lui réfèrent les malades,
- Manque de garantie de la fiabilité des données de routine du fait de l'absence de procédures spécifiques en la matière ; leur souci étant plutôt centré sur la cohérence des données. Cependant, dans certains cas comme le PEV des enquêtes permettent d'évaluer la qualité des données (DQA : Audit de la Qualité des Données),
- Lenteurs dans la mise en place du Système d'Information Médical (SIM) au niveau hospitalier, malgré une importante offre de services de santé qui de ce fait n'est pas prise en compte.

4.7 RECOMMANDATIONS

4.7.1 GOUVERNANCE

- Créer une instance regroupant les responsables des collectivités locales présentes sur le territoire du district, les autorités sanitaires et les autres catégories d'acteurs (ONG et associations intervenants dans la santé, société civile locale etc.), pour la planification des activités sanitaires (synthèse des POCL, élaboration des PTA), le suivi de leur exécution et la coordination de l'intervention des différents acteurs, y compris la concertation entre les collectivités locales et les districts sanitaires sur l'utilisation des fonds de dotation
- Institutionnaliser l'évaluation annuelle et conjointe, par le ministère en charge de la santé et le ministère en charge des collectivités locales, des relations entre les collectivités locales et les niveaux intermédiaire et opérationnel du système de santé, pour rendre plus efficace l'utilisation des ressources et permettre au secteur de la santé de mieux profiter des opportunités qu'offrent les réformes de décentralisation
- Créer une direction technique chargée de la planification, d'études, de la recherche et du suivi-évaluation
- Créer une direction générale de la santé coordonnant les interventions de toutes les directions techniques et des régions médicales, à côté des directions d'appui chargées des ressources humaines, de l'administration et des finances et des équipements et du matériel
- Mettre fin au cumul des fonctions de médecin-chef de district et de médecin-chef du centre de santé de district, en nommant un médecin-chef du centre de santé placé sous l'autorité du médecin-chef de district, et créer des bureaux de district distincts des centres de santé, en fonction des moyens disponibles et du niveau d'organisation interne de chaque district
- Transformer les régions médicales en directions régionales de la santé, pour une plus grande cohérence avec la philosophie des soins de santé primaires, et les renforcer en moyens humains et matériels pour leur permettre de remplir correctement leurs fonctions d'appui aux districts et d'inspection et de contrôle des formations sanitaires
- Doter le Service d'Inspection de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes et renforcer les capacités des régions médicales compétences en matière d'inspection, de vérification et de contrôle pour une prise en compte de la spécificité du secteur de la santé qui abrite plus d'un millier de structures qui, de la communauté rurale à la capitale, vendent des services de manière continue
- Etablir des conventions entre les hôpitaux et les universités, notamment pour préciser le rôle et les pouvoirs des professeurs titulaires de chaire et ceux de la direction de l'hôpital, afin de mettre fin à l'impunité liée au non-respect par certains professeurs des dispositions relatives à l'exercice à titre privé dans les structures publiques de santé
- Diffuser de manière systématique sur le site Internet du MSP les rapports des études, les normes, les documents de politiques et les textes législatifs et réglementaires relatifs au secteur de la santé et renforcer les services de documentation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- Mettre en place un système d'évaluation basé sur les performances

- Assurer le plaidoyer pour la prise des textes réglementaires d'application des lois déjà votées et adopter la pratique de l'introduction simultanée des projets de lois et projets de décrets pour éviter les retards énormes dans l'adoption des lois et décrets ;
- Mettre en place, en collaboration avec la société civile, des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers des formations sanitaires.

4.7.2 FINANCEMENT

- Mettre en œuvre le budget programme avec le CDSMT, la planification par objectifs, le financement axé sur les résultats, des clés d'allocation, un suivi et des mécanismes de « rendre compte »
- Fournir un appui technique et financier aux systèmes de couverture du risque-maladie existants, notamment les IPM et les mutuelles de santé, pour un développement réel de l'assurance - maladie
- Mettre en place un fonds unique de gestion des initiatives de subvention et de gratuité et de soutien à l'assurance - maladie
- Evaluer le poids financier actuel et futur des initiatives de gratuité pour une allocation correcte des ressources nécessaires et pour une prise de décisions éclairée

4.7.3 PRESTATION DE SERVICES

- Etendre l'expérience des « compétents » ou adapter les curricula aux besoins prioritaires pour atteindre les OMD
- Relancer la PF en renforçant la division, et cibler les régions à appuyer fortement
- Elaborer un plan de lutte sous régional contre le VIH/ Sida au niveau des régions du Sud
- Edicter et diffuser les normes de fonctionnalité par niveau/structure
- Renforcer le personnel social dans les structures de soins pour faire face à la demande sociale
- Elaborer une stratégie claire d'inclusion de partenariat entre le secteur privé et le secteur public, pour la résolution des problèmes de santé des populations
- Elaborer des normes de structures prenant en compte l'intégration des services offerts
- Tester et adopter les outils dont l'efficacité est prouvée pour assurer la qualité des services
- Elargir les interventions communautaires à travers la contractualisation avec des organisations de la société civile,
- Systématiser la planification à la base pour recueillir l'avis des communautés (intégration dans les PTA)
- Réadapter la micro planification avec les communautés en utilisant COPE à la phase résolution des problèmes du monitoring.

4.7.4 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Elaborer un plan stratégique de développement des RH
- Mettre en place une politique adéquate de motivation du personnel
- Procéder à une révision périodique des curricula de formation
- Finaliser le répertoire des emplois
- Mettre en place un système de gestion des carrières des personnels
- Promouvoir le dialogue social par l'installation du comité de branche
- Systématiser l'utilisation de l'informatique dans la gestion des RH
- Assurer la disponibilité des RH, par de nouveaux recrutements accompagnés de la prise de mesures incitatives pour les personnels des zones dites difficiles, de la domiciliation au niveau local de certains postes budgétaires et de la mise à contribution des collectivités locales
- Mettre en place un système d'évaluation des performances liant les tâches effectuées à des objectifs clairement définis au préalable
- Réformer le système d'octroi des primes de motivation pour qu'elles soient attribuées en fonction de la performance (collective ou individuelle).

4.7.5 GESTION PHARMACEUTIQUE

- Réactualiser le cadre législatif et réglementaire en vigueur et veiller à son application par la DPL
- Renforcer les moyens de la DPL et de la LNCM pour assurer l'accès à des médicaments de qualité
- Renforcer les capacités de contrôle du Ministère par la formation de nouveaux inspecteurs en pharmacie, et créer un corps de pharmaciens inspecteurs assermentés
- Exiger que les marchés par entente directe ne soient possibles qu'après une motivation ne pouvant venir que du Ministère de la Santé
- Délocaliser les locaux de la PNA dans un site plus adapté à ses besoins
- Réviser le dernier arrêté ministériel sur les marges bénéficiaires et fixer les marges à respecter par chaque niveau
- Renforcer les supervisions et le contrôle des points de distribution, notamment pour ce qui concerne les prix, le respect des marges bénéficiaires, l'utilisation des outils de gestion et le respect des conditions de conservation
- Mettre en place un sous système d'information pharmaceutique fonctionnel pour réussir l'usage rationnel et la pharmacovigilance
- Appuyer la mise en place de l'observatoire national pour le marché illicite de médicaments
- Renforcer les capacités de production pharmaceutique locales ; la PNA devant créer une unité de reconditionnement avant d'évoluer vers une unité, ultérieurement.

4.7.6 SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

- Définir un schéma d'intégration des données des secteurs privé et parapublic dans le SIS
- Intégrer au mieux les outils de collecte des données des différents programmes aux niveaux régional et de district
- Renforcer les sous-systèmes gestionnaires (DRH, DEM, SNH, etc.) pour une gestion plus globale de l'information sanitaire
- Allouer des ressources suffisantes au SNIS pour garantir une meilleure coordination entre le système central et tous les autres sous systèmes
- Développer les capacités des ressources humaines au niveau des centres de santé et postes de santé, pour une meilleure gestion de l'information sanitaire
- Simplifier au maximum les outils de collecte des données au niveau régional et district pour éviter la surcharge excessive de travail qu'induit l'utilisation d'une multitude d'outils et assurer la fiabilité des données de routine, notamment par l'introduction de procédures spécifiques en la matière
- Informatiser le SIS de manière progressive, en utilisant un personnel bien formé à l'utilisation des outils et des logiciels appropriés comme Epi Info et allouer des ressources pour la maintenance des outils en vue de garantir la pérennité du système qui sera mis en place
- Renforcer la collaboration avec les institutions chargés de la statistique et de la planification des autres secteurs aux niveaux local (CADL), départemental, régional et national (ANSD).

ANNEXE A : LISTE DE DOCUMENTS CONSULTÉS

- Jean-Paul Azam, George Clarke, Magueye Dia, Jean Michel Marchat, Mouhssine Affifi. Sénégal, Une évaluation du climat des investissements, Genève, Banque Mondiale, 2005, Document disponible sur www.senegal-entreprises.net
- Central Intelligence Agency. The World Factbook, Senegal, Accessed 14 October 2008, www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook
- Commission Nationale de Coordination du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, République du Sénégal, Proposition Sénégal – Série 8 du Fonds Mondial, Dakar, 2008.
- Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2006, Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005, Calverton, Maryland, USA, Centre de Recherche pour le Développement Humain (Sénégal) et ORC Macro.
- Organisation Mondiale du Commerce. Statistics Database, Geneva, April 2008. http://www.wto.org/french/res_f/statis_f/statis_f.htm
- OMS. Country Health System Fact Sheet 2006. Senegal
- Syll Ousmane, La décentralisation en Afrique subsaharienne, Sénégal, Université de Franche Comté, 2005
- World Bank Group. Enterprise Surveys. Senegal. Geneva: World Bank Group;, 2008. www.enterprisesurveys.org
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2004*.
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2005*.
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2006*
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, *Annuaire des statistiques sanitaires 2007*.
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Plan National de Développement Sanitaire, 1998/2007
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Plan Développement Intégré Sanitaire II, 2004/2008
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Rapport final de l'évaluation du PDIS, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Rapport sur l'évaluation des OMD, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur le répertoire des emplois types, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la gestion des carrières des personnels de santé, 2005

- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la gestion prévisionnelle des ressources humaines, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur le renforcement des capacités des personnels chargés des RH, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la création de la DRH, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la motivation des personnels de Santé, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur le système informatisé de gestion des RH, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la mobilité et le redéploiement du personnel, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal Draft 3, novembre 2008, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, EDS III 1997
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, EDS IV 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Etude sur la révision des curricula de formation des infirmiers et sages-femmes d'Etat, avril 2007
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Entretiens avec divers responsables aux niveaux central, régional et de district
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Document Pauvreté et santé, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Projet de statut des personnels des EPS, 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Approche par compétences, 2004/2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal Rapports d'étape du PDIS, de 1998 à 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Rapport final du PDIS : 2003
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Carte sanitaire, 2005
- Ministère de la Santé, République du Sénégal Plan national de formation en Santé : 1995
- Ministère de la Santé, République du Sénégal, Draft octobre 2008, Carte sanitaire
- Institut Africain de Gestion Urbaine, Réseau National de Recherches sur les Politiques Sociales, Etude sur la décentralisation des services de santé, juillet 2001
- Etude statistique de l'émigration des professionnels de la santé au Sénégal, octobre 2007
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cellule d'Appui au Financement et au Partenariat, Elaboration d'une stratégie nationale d'extension de la couverture du risque-maladie des Sénégalais, mars 2008
- République du Sénégal, Banque Africaine de Développement, Banque Mondiale, Évaluation de la gestion des finances publiques et pratiques comptables du secteur privé, Volume I, juin 2003

- François Diop, Colonel Oumar Ndiaye, et Christophe Grundmann. Janvier 2001, Décentralisation et système de santé au Sénégal, une synthèse, Document de travail. Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2007, Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal 2006, Calverton, Maryland, USA, Centre de Recherche pour le Développement Humain (Sénégal) et Macro International Inc.
- République du Sénégal, Ministère de l'Economie et des Finances, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal, EPS 2005 -2006, août 2007
- World Bank, Implementation Completion Report, Integrated Health Sector Development Project (PDIS), December 2005
- Fonds Monétaire International, Sénégal, Question Générales, no. 08/221, juillet 2008
- African Development Bank, Organization for Economic Co-operation and Development, African Economic Outlook, Sénégal, 2004
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Service National de l'Information Sanitaire, Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Moustapha Sakho, Rapport d'évaluation du Système d'Information Sanitaire au Sénégal, octobre 2007
- Colonel Oumar Ndiaye et M Edouard J. Dieme, République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Direction de la Santé, Projet Abt, Evaluation des initiatives de subvention et gratuité du Fonds social, août 2007
- Ndiaye, Salif, et Mohamed Ayad. 2006. Enquête démographique et de santé au Sénégal 2005. Calverton, Maryland, USA, Centre de Recherche pour le Développement Humain (Sénégal) et ORC Macro.
- Health Systems 20/20, Abt Associates, Health System Fact Sheet, Senegal, March 2008
- The World Bank, Senegal, Reducing Poverty and Improving Human Development, June 2003
- Watt Patrick, Transaction Costs in Aid, Cases Studies in Sector Wide Approaches in Zambia and Senegal, Human Development Office, UNDP, 2005
- Diop, François Pathé, Sara Sulzbach, and Slavea Chankova. September 2006, The Impact of Mutual Health Organizations on Social Inclusion, Access to Health Care, and Household Income Protection, Evidence from Ghana, Senegal, and Mali. Bethesda, MD, The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- World Health Organization, World Development Report 2008, Primary Health Care; Now More than Ever
- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000, Pour un système de santé plus performant, Chapitre 5, Qui finance les systèmes de santé ?
- Millennium Development Goals, Senegal, World Development Indicator Database accessed at www.worldbank.org/data
- Senegal National Expenditure on Health, accessed at www.who.int/nha/country/sen.pdf
- Data Profile, Senegal, World Bank World Development Indicator Database, Updated September 2008, accessed at www.worldbank.org/data

- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cadre de dépenses sectoriel a Moyen Terme 2008 -2010, Version Préliminaire, septembre 2007
- Docteur Moustapha Sakho et Docteur Aminata Touré Haidara, Etude sur les OMD du secteur de la santé, République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Ministère du Plan et du Développement Durable, janvier 2005
- République du Sénégal, Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2006-2010, Revue annuelle, Etat de la mise en œuvre du DRSP-2 en 2007, Rapport de synthèse, juin 2008
- Forum Civil, Section Sénégalaise de Transparency International, Centre de Recherche pour le Développement International, Bureau pour l'Afrique de l'Ouest, Gouvernance et corruption dans le système de santé au Sénégal, décembre 2004
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Feuille de Route Multisectorielle pour Accélérer la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelle et Néonatale au Sénégal, 2006 -2016, novembre 2006
- GAVI, Proposition en vue d'un soutien de GAVI-Alliance au renforcement du système de santé (RSS) du Sénégal, 2007
- Jean-Marie Chopin, La Réforme hospitalière six ans après, Brouillon.
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Programme National de Développement Sanitaire (PNDS) Phase II : 2004 -2008, Août 2004
- Proposition du Sénégal – Série 8 du Fonds Mondial, Section renforcement des systèmes de santé et communautaire.
- Docteur Moustapha Sakho, Diagnostic de la situation nationale macroéconomique et santé, Rapport final, République du Sénégal, Organisation Mondiale de la Santé, mars 2005
- République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Cellule d'Appui au Financement et au Partenariat, Marges bénéficiaires, Rapport final, 2008
- Private Sector Partnership Project – One, Senegal Rapid Private Sector Health Assessment, Draft November 2008, Abt Associates.

ANNEXE B : DONNÉES DE BASE

	Sénégal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional ^[1]	Date	Valeur moyenne par catégorie de revenus ^{[2], [3]}	Date
			Afrique sub-saharienne		Pays à bas revenus	
Module central						
Population totale ¹⁴	11,385,910	2004	15,439,321	2004	43,077,991	2004
Croissance de la population (par an en %) ¹⁴	2.37	2004	2.16	2004	2.28	2004
Population vivant en zone rurale (% du total) ¹⁴	49.68	2004	62.58	2004	68.6	2004
Population vivant en zone urbaine (% du total) ¹⁴	50.32	2004	37.42	2004	31.4	2004
Prévalence contraceptive (% de femmes entre 15 et 49 ans) ¹⁴	10.5	2000	21.39	2000	21.25	2000
Taux de fécondité total (naissances par femme) ¹⁵	4.9	2004	5.19	2004	5	2004
Femmes enceintes recevant plus d'une consultation prénatale (%) ¹⁵	82	1999	83.6	1999	80.5	1999
Femmes enceintes recevant 4+ consultations prénatales (%) ¹⁵	64	1999	56	1999	51.67	1999
Prévalence du VIH, total (% pour population entre 15 et 49 ans) ¹⁴ [4]	0.8	2003	8.88	2003	4.45	2003
Espérance de vie à la naissance (années) ¹⁴	56.14	2004	48.45	2004	53.15	2004
Taux de mortalité infantile (par 1000 naissances vivantes) ¹⁴	77.6	2004	92.24	2004	86.41	2004
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (par 1000) ¹⁴	136.6	2004	149.43	2004	135.54	2004
Mortalité maternelle, ratio (par 100000 naissances vivantes) ¹⁵ [5]	690	2000	841.42	2000	768.32	2000
PIB par habitant (constant \$US) ¹⁴	460.84	2004	931.54	2004	342.26	2004
Croissance en % du PIB (annuelle) ¹⁴	6.16	2004	5.03	2004	5.6	2004
Dépenses de santé par habitant (en dollars US international) ¹⁵	58	2003	115.87	2003	68.7	2003
Dépenses de santé du secteur privé en pourcentage des dépenses totales de santé ¹⁵	58.2	2003	50.23	2003	54.66	2003
Versements directs des ménages en pourcentage des dépenses privées en santé ¹⁵	95.3	2003	79.71	2003	84.95	2003
Index Gini ¹⁴	--	--	39.27	2003	47.17	2004
Module Gouvernance						
Participation et responsabilisation – Estimation ponctuelle ¹⁶ [6]	0.19	2004	-0.57	2004	-0.79	2004
Participation et responsabilisation – Rang centile ¹⁶ [7]	51.5	2004	32.7	2004	26.75	2004
Stabilité politique - Estimation	-0.21	2004	-0.6	2004	-0.86	2004

¹⁴ The World Bank-WDI-2006

¹⁵ WHO-The World Health Report-2006

¹⁶ The World Bank-Governance Indicators-2005

	Sénégal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional [1]	Date	Valeur moyenne par catégorie de revenus [2], [3]	Date
			Afrique sub-saharienne		Pays à bas revenus	
ponctuelle ¹⁶ [6]						
Stabilité politique - Rang centile ¹⁶ [7]	40.8	2004	32.79	2004	25.4	2004
Efficacité des pouvoirs publics - Estimation ponctuelle ¹⁶ [6]	-0.13	2004	-0.74	2004	-0.93	2004
Efficacité des pouvoirs publics - Rang centile ¹⁶ [7]	53.8	2004	27.56	2004	21.49	2004
Primauté du droit - Estimation ponctuelle ¹⁶ [6]	-0.2	2004	-0.77	2004	-0.94	2004
Primauté du droit - Rang centile ¹⁶ [7]	47.3	2004	27.57	2004	22.08	2004
Qualité de la réglementation - Estimation ponctuelle ¹⁶ [6]	-0.31	2004	-0.67	2004	-0.87	2004
Qualité de la réglementation - Rang centile ¹⁶ [7]	40.4	2004	29.47	2004	24.04	2004
Lutte contre la corruption - Estimation ponctuelle ¹⁶ [6]	-0.4	2004	-0.65	2004	-0.83	2004
Lutte contre la corruption - Rang centile ¹⁶ [7]	43.3	2004	30.05	2004	23.39	2004
Module Financement						
Dépenses totales de santé en % du PIB ¹⁵	5.1	2003	4.97	2003	5.17	2003
2. Dépenses totales de santé par tête, taux de change moyen (\$US) ¹⁵ [8]	29	2003	53.87	2003	25.12	2003
Dépenses gouvernementales en santé en % des dépenses publiques totales ¹⁵	9.3	2003	9.1	2003	8.64	2003
Dépenses publiques (gouvernementales) en santé en % des dépenses totales de santé ¹⁵	41.8	2003	49.77	2003	45.34	2003
Dépenses des bailleurs en santé en pourcentage des dépenses totales de santé ¹⁵	15.4	2003	15.6	2003	19.47	2003
Versements directs des ménages en % des dépenses de santé privées ¹⁵	95.3	2003	79.71	2003	84.95	2003
Versements directs des ménages en % des dépenses totales de santé ¹⁷	55.46	2003	40.57	2003	46.94	2003
Module Prestations de services						
Nombre de lits d'hôpitaux (pour 10 000 habitants) ¹⁵	--	--	5.65	2004	17.51	2004
Pourcentage de naissances assistées par du personnel qualifié par an ¹⁴	58	2002	48.28	2002	43.14	2002
Couverture vaccinale DTP3 pour les enfants de moins de 1 an (%) ¹⁵	87	2004	71.94	2004	72.87	2004
Prévalence contraceptive (% de femmes entre 15 et 49 ans) ¹⁴	10.5	2000	21.39	2000	21.25	2000
Femmes enceintes recevant plus d'une consultations prénatale (%) ¹⁵	82	1999	83.6	1999	80.5	1999
Espérance de vie à la naissance (années) ¹⁴	56.14	2004	48.45	2004	53.15	2004
Taux de mortalité infantile (pour 1	77.6	2004	92.24	2004	86.41	2004

¹⁷ Calculé à partir de World Health Report-2006

	Sénégal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional ^[1]	Date	Valeur moyenne par catégorie de revenus ^{[2], [3]}	Date
			Afrique sub-saharienne		Pays à bas revenus	
000 naissances vivantes) ¹⁴						
Mortalité maternelle, ratio (pour 100 000 naissances vivantes) ¹⁵ [5]	690	2000	841.42	2000	768.32	2000
Prévalence du VIH/SIDA, total (% de la population entre 15 et 49 ans) ¹⁴ [4]	0.8	2003	8.88	2003	4.45	2003
Module Ressources Humaines						
Ratio médecin par habitant (pour 1000 habitants) ¹⁵	0.06	2004	0.22	2004	0.14	2004
Ratio infirmier par habitant (pour 1000 habitants) ¹⁵	0.32	2004	1.35	2004	0.59	2004
Ratio sage-femme par habitant (pour 1000 habitants) ¹⁵	--	--	0.1	2004	0.17	2004
Ratio pharmacien par habitant (pour 1000 habitants) ¹⁵	0.01	2004	0.11	2004	0.04	2004
Ratio sage-femme par habitant (pour 1000 habitants) ¹⁵	0.01	2004	0.1	2004	0.07	2004
Module Gestion pharmaceutique						
Dépenses totales en produits pharmaceutiques (en % du total des dépenses de santé) ¹⁵	30	2000	27.2	2000	26.53	2000
Dépenses totales en médicaments (par tête, au taux de change moyen) en dollars US) ¹⁵	7	2000	9.8	2000	4.22	2000
Dépenses publiques (gouvernementales) en médicaments (par tête, au taux de change moyen) en dollars US) ¹⁵	2	2000	6	2000	2.07	2000
Dépenses privées en médicaments (par tête, au taux de change moyen) en dollars US) ¹⁵	5	2000	6.45	2000	3.44	2000
Module Système d'information sanitaire ^{[10], [11]}						
Ratio de mortalité maternelle rapporté par les autorités nationales (rapports reçus dans les délais, années) ¹⁸ [12]	0-2 ans	--	0-2 ans	--	0-2 ans	--
Taux de mortalité des moins de 5 ans (rapports reçus dans les délais, années) ¹⁴ [12]	0-2 ans	--	0-2 ans	--	0-2 ans	--
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans (rapports reçus dans les délais, années) ¹⁸ [13]	3-4 ans	--	3-4 ans	--	3-4 ans	--
Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont une insuffisance pondérale (rapports reçus dans les délais, années) ¹⁵ [12]	6-9 ans	--	6-9 ans	--	6-9 ans	--
Nombre de lits d'hôpital (rapports reçus dans les délais, années) ¹⁵ [14]	Pas de base de données nationale/ Pas de	--	--	--	--	--

¹⁸ UNICEF-The State of the World's Children-2006

	Sénégal	Date	Valeur moyenne du comparateur régional [1]		Valeur moyenne par catégorie de revenus [2], [3]	
			Afrique sub-saharienne	Date	Pays à bas revenus	Date
	données					
Prévalence contraceptive (rapports recus dans les délais, années) ¹⁴ [15]	4 ans et plus	--	4 ans et plus	--	4 ans et plus	--
Pourcentage de rapports de surveillance reçus au niveau national, et venant des districts, comparé au nombre de rapports attendu (complétude des rapports, %) ¹⁹ [16]	90% et plus	--	90% et plus	--	90% et plus	--

NOTES:

- : Aucune date n'est précisée puisque la moyenne est calculée pour plusieurs pays et, dans ce cas, la date est différente pour chaque pays

1- Les classifications et données reprises pour les régions géographiques ne le sont que pour les économies à faible et moyen revenu. On fait parfois référence aux économies à faible et moyen revenu comme étant les économies en développement. L'utilisation de ce terme est avant tout une utilisation de convenance ; elle n'a pas pour but d'impliquer que toutes les économies de ce groupe partagent la même expérience de développement ou que toutes ces économies ont atteint un stade de développement souhaité ou final. La classification basée sur le revenu ne reflète pas nécessairement le statut de développement. Les pays sont divisés en 6 régions : Asie de l'Est et Pacifique, Europe et Asie Centrale, Amérique Latine et Caraïbes, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Asie du Sud, Afrique Subsaharienne.

2- La classification des pays par groupe de revenu est basée sur le système de classification de la Banque Mondiale qui classe l'ensemble des pays membres de la Banque mondiale et de toutes les autres économies ayant une population de plus de 30.000 habitants. Les pays qui ne sont pas dans cette catégorie ont une population de moins de 30.000 habitants.

3- Les économies sont divisées selon le RNB 2004 par habitant calculé en utilisant la méthode Atlas de la Banque mondiale. Les groupes sont les suivants : Faible revenu, 825 dollars EU ou moins ; revenu moyen inférieur, de 826 à 3.255 dollars EU ; revenu moyen supérieur (a), 3.256 à 10.065 dollars EU ; et revenu élevé (a), supérieur à 10.066 dollars EU.

5- Estimations dérivées par régression et méthodes d'estimation similaires pour les pays suivants : Afghanistan, Albanie, Algérie, Angola, Armenia, Bhutan, Bolivie, Botswana, Burundi, Cap Vert, Comores, Congo, Cote d'Ivoire, République Démocratique de Corée, République Démocratique du Congo, Djibouti, République Dominicaine, El Salvador, Guinée Équatoriale, Fiji, Gambie, Georgie, Ghana, Guinée Bissau, Indonésie, Iraq, Kazakhstan, Kirghizstan, République Démocratique du Laos, Liban, Lesotho, Liberia, Libye, Maldives, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nicaragua, Niger, Nigeria, Oman, Pakistan, Papouasie Nouvelle Guinée, Sénégal, Sierra Leone, Îles Salomon, Somalie, Afrique du Sud, Soudan, Swaziland, Syrie, Tadjikistan, Timor Leste, Turquie, Turkménistan, Émirats Arabes Unis, Ouzbékistan, Vietnam.

6- Se situe entre -2,5 et 2,5. Les valeurs les plus élevées indiquent une meilleure gouvernance.

7- Le rang centile indique le pourcentage de pays classés en-dessous du pays sélectionné (sujet à une marge d'erreur)

9- Les données renvoient à l'année la plus récente disponible durant cette période. Plusieurs pays ont des données relatives à des années ou à des périodes autres que celle qui va de 1990 à 2004, ce qui est différent de la définition standard, ou qui concernent seulement une partie du pays. Ces pays sont la République dominicaine, le Ghana, le Liban, la Papouasie Nouvelle Guinée, les Îles Salomon, la République Arabe Syrienne, la Turquie.

10- L'interprétation des six premiers indicateurs dans la composante sur le SIS n'est pas basée sur la valeur de l'indicateur, mais plutôt sur la réception dans les délais. Il faut noter que la réception dans les délais est juste un critère de mesure de la qualité des données. D'autres critères, qui n'ont pas été mesurés ici, sont la qualité de la collecte de données, la périodicité des mesures, la cohérence des données, la représentativité des données, la désagrégation des données et la méthode d'estimation des données. Les indicateurs du module SIS sont une sélection d'indicateurs. Une liste plus complète est disponible dans les publications suivantes: Health Metrics Network. 2007. Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second edition. Geneva: World Health Organization.

11- Les standards pour chaque indicateur pour la réception dans les délais viennent de la source suivante : Health Metrics Network. 2007. Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second edition. Geneva: World Health Organization.

12- Les standards définis par Health Metrics Network pour cet indicateur sont : hautement adéquat si c'est entre 0 et 2 ans, adéquat si c'est entre 3 et 5 ans, existant mais inadéquat si c'est entre 6 et 9 ans et pas tout du adéquat si c'est 10 ans ou plus.

13- - Les standards définis par Health Metrics Network pour cet indicateur sont : hautement adéquat si c'est moins de 2 ans, adéquat si c'est 2 ans, existant mais inadéquat si c'est entre 3 et 4 ans et pas tout du adéquat si c'est 5 ans ou plus.

14- Health Metrics Network ne donne pas de standard de la réception dans les délais pour le nombre de lits d'hôpital. Cependant, le standard correspondant à la période ou la base de données nationale des formations sanitaires a été actualisée pour la dernière fois a

¹⁹ WHO-Annual WHO/UNICEF Joint Reporting Form-2005

été utilisé : hautement adéquat si c'est moins de 2 ans, adéquat si c'est entre 2 et 3 ans, existant mais inadéquat si c'est plus de 3 ans et pas tout du adéquat s'il n'y a pas de base de données nationale ou s'il n'y a pas de donnée disponible.

15- Health Metrics Network ne donne pas de standard de reportage de la prévalence contraceptive. Cependant, le standard pour la réception à temps des données sur l'utilisation des condoms dans une relation sexuelle à risques, a été utilisée : hautement adéquat si c'est entre 0 et 1 an, adéquat si c'est entre 2 et 3 ans, existant mais inadéquat si c'est 4 ans ou plus et pas tout du adéquat s'il n'y a pas pas de donnée disponible.

16- Health Metrics Network ne donne pas de standard de reportage pour le nombre de rapports de surveillance recus au niveau national, et venant des districts, comparé au nombre de rapports attendus. Cependant le standard pour le pourcentage de districts soumettant de manière hebdomadaire ou mensuelle des rapports de surveillance à temps au niveau supérieur a été utilisé : hautement adéquat si c'est 90% ou plus, adéquat si c'est entre 75% et 89%, existant mais inadéquat si c'est entre 25% et 74% et pas tout du adéquat si c'est moins de 25%. Cet indicateur est utilisé par Health Metrics Network pour évaluer la dimension de Capacités et pratiques (définie comme : la capacité de collecter des données de les analyser et de gérer les résultat existe-t-elle dans le pays ? Des standards sont-ils appliqués pour la collecte de données ? La documentation est-elle disponible, accessible et de bonne qualité ?) des rapports sur la santé et la maladie (y compris les systèmes de surveillance des maladies).

