



République du Sénégal
Un Peuple - Un But - Une foi

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



CONCERTATIONS NATIONALES SUR LA SANTE ET L'ACTION SOCIALE

RAPPORT INTRODUCTIF
18 – 19 Janvier 2013

SOMMAIRE

Préface

Sigles et Abréviations

Introduction

1. **Contexte et justification**
2. **Objectifs**
3. **Méthodologie**
4. **Présentation du secteur de la Santé et de l'Action sociale**
 - 4.1. Politique sanitaire et de l'Action sociale
 - 4.1.1. Politique sanitaire
 - 4.1.2. Politique de l'Action sociale
 - 4.2. Organisation du secteur
 - 4.2.1. Organisation du système de Santé
 - 4.2.2. Organisation du système de l'Action sociale
5. **Diagnostic**
 - 5.1. Action sociale
 5. 2. Offre de services de soins
 5. 3. Couverture maladie universelle
 - 5.4. Prévention
 - 5.5. Gouvernance
6. **Recommandations**

Conclusion

PREFACE

Le Président de la République, Son Excellence Monsieur Macky SALL, a inscrit la concertation au cœur de sa démarche pour la recherche de consensus forts autour des questions d'intérêt national. C'est dans cet esprit que, dès la mise en place de son Gouvernement, à la suite de son accession à la Magistrature suprême, il a demandé à Monsieur le Premier Ministre de faire organiser des Concertations nationales sur la Santé et l'Action sociale.

En exécution de cette directive, j'ai mis en place et installé, le 12 septembre 2012, le Comité national de Pilotage des concertations présidé par le Professeur Doudou BA, Secrétaire Perpétuel de l'Académie des Sciences et Techniques du Sénégal et comprenant d'éminentes personnalités connues pour leur expertise dans les domaines de la Santé et de l'Action sociale.

Organisés autour de cinq (5) groupes thématiques les travaux préparatoires ont porté sur :

- l'offre de service ;
- l'action sociale ;
- la couverture maladie universelle ;
- la gouvernance ;
- la prévention.

Après quatre (4) mois de travail, les groupes thématiques ont organisé chacun un atelier de partage pour procéder à la synthèse des réflexions et échanges produits après les nombreuses rencontres regroupant l'ensemble des institutions et acteurs impliqués.

Le présent document qui est le condensé des résultats des travaux réalisés dans les groupes thématiques, servira de base de discussion durant les Concertations nationales sur la Santé et l'Action sociale. L'objectif final sera de bâtir un consensus national autour des réformes à entreprendre dans le secteur de la Santé et de l'Action sociale pour renforcer, de façon durable, l'accès à des services de qualité dans un contexte de gouvernance améliorée et de gestion axée sur les résultats.

En raison de la qualité du travail déjà accompli, je tiens à exprimer ici mes chaleureuses félicitations ainsi que mes remerciements les plus sincères à tous ceux qui ont contribué à la réussite des activités préparatoires.

Je tiens à remercier particulièrement le Professeur Doudou BA pour le leadership, l'engagement et la disponibilité dont il a fait montre tout au long du processus.

J'associe à ces remerciements les présidents et les membres des groupes thématiques ainsi que l'ensemble des partenaires techniques et financiers, les élus locaux, les partenaires sociaux, les représentants de la société civile dont la contribution bénévole aux travaux préparatoires a été remarquable.

Merci également au Cabinet conseil, pour l'accompagnement.

Je souhaite vivement que les Concertations nationales sur la Santé et l'Action sociale qui s'ouvrent connaissent un succès à la dimension de la qualité du travail préparatoire accompli pour le bien être des populations de notre pays.

Professeur Awa Marie COLL SECK

Ministre de la Santé et de l'Action sociale

SIGLES ET ABREVIATIONS

ASC	Agent de Santé Communautaire
ANSD	Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie
ARD	Agence Régionale de Développement
CAPSU	Caisse Autonome de protection Sociale Universelle
CESAG	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CDSMT	Cadre de Dépense Sectorielle à Moyen Terme
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNP	Comité national de Prévention
CNSAS	Concertation Nationale sur la Santé et l'Action sociale
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion sociale
CRP	Comité régional de Prévention
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DIEM	Direction des Infrastructures, des Equipements et de la Maintenance
DECAM	Décentralisation Extension de la Couverture de l'Assurance Maladie
DES	Direction des Etablissements de Santé
DPIC	Direction de la Prévention Individuelle et Collective
DPES	Document de Politique Economique et Sociale
DSRP	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EPS	Etablissement Public de Santé
ENDSS	Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social
FAR	Femme en Age de Reproduction
FARPAS	Fédération des Associations de Retraités et Personnes Agées du Sénégal
FSAPH	Fédération Sénégalaise des Associations de personnes Handicapées
IEC	Information, Education, Communication
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
LNCM	Laboratoire national de Contrôle des Médicaments
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MNT	Maladies non Transmissibles
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
MESRS	Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PAC	Programme d'Actions Concertées
PNA	Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNDRH	Plan National de Développement des Ressources Humaines
POCL	Programme d'Opération des Collectivités locales
PTA	Plan de travail Annuel
RCR	Référence et Contre Référence
RH	Ressources Humaines
SAMU	Service d'Assistance Médicale d'Urgence
SAU	Service d'Accueil et d'Urgence
SDAS	Service Départemental de l'Action Sociale.
SNIES	Stratégie nationale de Développement économique et social
SRAS	Service Régional de l'Action Sociale
UFR	Unité de Formation et de Recherche

INTRODUCTION

Considérée à la fois comme une condition essentielle de la croissance nécessaire au développement et un facteur d'équilibre social, la santé a été hissée au rang de droit fondamental par notre Constitution qui dispose en son article 17 que «l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

De même, la prise en compte des groupes vulnérables dans les politiques publiques constitue une exigence qui a amené l'inscription de l'Action sociale au premier plan dans les priorités nationales.

C'est pourquoi le Gouvernement attache la plus grande importance à la mise en œuvre des stratégies et des programmes susceptibles d'induire, à court et moyen termes, une amélioration significative de l'offre de services et de soins géographiquement et financièrement accessibles à tous.

Dans cette perspective, les réformes structurelles et programmatiques qu'appelle la vision du Chef de l'Etat seront conduites sur la base d'une identification claire des acquis, des défis et des objectifs du secteur de la Santé et de l'Action sociale. A cette fin, les Concertations nationales sur la Santé et l'Action sociale constitueront un lieu privilégié de recherche des consensus forts autour de ces questions

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La mise en œuvre des différents programmes et projets du Ministère de la Santé et de l'Action sociale à travers le PNDS a contribué de manière significative à l'amélioration de l'état de santé des populations.

Au titre des résultats enregistrés et obtenus à partir de l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2010-2011), l'espérance de vie de la population générale s'est nettement améliorée, le taux de mortalité infantile a baissé de manière satisfaisante, passant de 61 pour mille en 2005 à 47 pour mille en 2010, le taux de mortalité infanto-juvénile a connu aussi une évolution favorable en passant de 121 décès pour mille naissances vivantes à 72 décès pour mille au cours de la même période.

En ce qui concerne la santé maternelle, le taux de mortalité maternelle est passé de 401 décès pour cent mille naissances vivantes en 2005 à 392 décès pour cent mille naissances vivantes en 2010, ce qui est encore élevé.

L'indice synthétique de fécondité est passé de 6.6 à 5 tandis que l'utilisation de la contraception reste encore faible avec un taux de 12,6 % pour toute méthode confondue et 12,1% pour les méthodes modernes en 2010.

Au plan de la lutte contre les endémies, le Sénégal a fait aussi des progrès avec une diminution importante de la mortalité proportionnelle du paludisme qui est passée de 29,7% en 2001 à 4,4% en 2009 et un taux de prévalence du VIH/SIDA dans la population générale maintenu à moins de 1%.

Cependant, force est de constater que malgré ces avancées, des contraintes demeurent et sont relatives à une instabilité institutionnelle du secteur, à une allocation insuffisante des ressources allouées pour la prise en charge des questions de santé, aux difficultés d'accès aux services de santé et d'action sociale de qualité, à la faible satisfaction de la demande de soins, à la faiblesse du plateau technique des structures de référence. A cela s'ajoutent le surendettement des hôpitaux qui limite leur capacité d'intervention, l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé qualifié et leur inégale répartition au niveau du territoire national, l'insuffisance de la coordination et de l'harmonisation de l'intervention des différents acteurs, une insuffisance d'encadrement et de capitalisation de l'offre sanitaire privée et à la faible impulsion de la collaboration multisectorielle.

A ces difficultés viennent se greffer d'autres facteurs liés à la tension et au climat social souvent tendu, à la persistance des déterminants sociaux liés à la pauvreté, à l'ignorance, au faible taux de scolarisation des femmes, au statut social de la femme qu'il reste à améliorer, et enfin à des pratiques et croyances socioculturelles néfastes pour la santé.

A la faveur du changement intervenu en 2012, l'accès de tous les sénégalais, de toutes les conditions socioéconomiques des villes comme des campagnes, à des services socio-sanitaires de qualité a été hissée au rang des priorités. En atteste l'engagement pris par le Chef de l'Etat dans son adresse à la nation à la veille de la fête de l'indépendance à rendre effective la couverture maladie universelle et à organiser une concertation nationale sur la santé et l'action sociale.

Dans cette perspective, les réformes structurelles et programmatiques à mettre en œuvre seront identifiées à travers ces concertations nationales qui n'auront pas la prétention de vouloir refondre le système de santé et d'action sociale, mais s'efforceront de créer un espace convivial de dialogue entre les différents acteurs du système. Il sera question de faire un état des lieux du secteur en termes d'acquis, de défis à relever et de mesures correctrices à mettre en œuvre pour rendre le système solide, performant et crédible.

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif général

L'objectif des concertations nationales sur la santé et l'action sociale est de bâtir un consensus national autour des réformes à entreprendre dans le secteur de la santé et de l'action sociale pour renforcer de façon durable l'accès à des services de qualité dans un contexte de gouvernance améliorée et de gestion axée sur les résultats.

Pour faire face aux inégalités dans le système de la santé et de l'action sociale, il est indispensable de relever le défi de la prévention sanitaire, de l'extension de la couverture du risque maladie, mais aussi d'améliorer la gouvernance, la qualité et la disponibilité de l'offre des services sans discrimination à des coûts accessibles et non discriminatoires.

2.2. Objectifs spécifiques

Il s'agit de :

- identifier les réformes à entreprendre en vue d'une amélioration de la gouvernance à tous les échelons du système de santé et de l'action sociale ;
- mettre en place un système d'opérationnalisation de la carte sanitaire et d'action sociale garantissant une répartition dynamique et équitable de l'offre de services et compatible avec la performance et la démocratisation de l'accès aux soins et aux services d'action sociale ;
- créer les conditions juridiques, matérielles et techniques pour accélérer la mise en œuvre de la stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie en vue d'une couverture universelle durable ;
- identifier les stratégies appropriées à mettre en œuvre pour améliorer la prévention et la lutte contre la maladie à travers un cadre multisectoriel où les départements ministériels concernés et les autres parties prenantes non gouvernementales jouent pleinement leurs rôles et responsabilités ;
- assurer une meilleure protection des personnes handicapées et autres groupes vulnérables à travers un système intégré bâti sur les conclusions des assises de l'action sociale et en parfaite cohérence avec la politique de santé ;
- promouvoir les valeurs d'équité, de responsabilité, de transparence et de préservation de la dignité humaine.

3. METHODOLOGIE

La nécessité d'une large participation inclusive aux concertations nationales a amené le Ministère de la Santé et de l'Action sociale à impliquer les parties prenantes à l'avant-garde des actions sanitaires et sociales en relation avec les thématiques ciblées.

Dans cette démarche, une attention particulière a été accordée à la question de la prise en charge des groupes vulnérables. L'élargissement de la compétence du secteur de la santé à l'action sociale constitue un atout.

L'approche méthodologique retenue a consisté en la mise en place d'un certain nombre de dispositifs d'échanges et de participations d'experts et de personnes ressources, tout au long du déroulement du processus.

En effet, le Ministre de la santé et de l'action sociale a mis en place les organes chargés des travaux des concertations nationales, a assuré la disponibilité des ressources nécessaires et a veillé à la participation effective de toutes les parties prenantes.

Les organes des concertations nationales sont de deux types : le comité de pilotage et les groupes thématiques.

- ***Comité de pilotage des concertations nationales***

Les membres du Comité de pilotage des concertations nationales ont été désignés par le Ministre de la santé et de l'action sociale. Il s'agit d'un Comité de seize (16) membres de spécialités et de fonctions diverses dans les domaines de la santé et de l'action sociale, y compris des représentants des partenaires techniques et financiers bi et multilatéraux.

Le comité de pilotage est ainsi composé :

Pr Doudou BA	Président
Mme Alimata Jeanne Diarra NAMA	1 ^{ère} Vice-Présidente
Pr Seydou Boubacar BADIANE	2 ^{ème} Vice-Président
Dr Amadou Djibril BA	Rapporteur
Pr Cheikh Tidiane TOURE	Président Groupe thématique Offre de services
M. Mamadou DIAGNE	Vice-Président Groupe thématique Offre de services
Pr Abdou Salam FALL	Président Groupe thématique Gouvernance
Pr Ismaïla Madior FALL	Vice-Président Groupe thématique Gouvernance
M. Idrissa DIOP	Président Groupe thématique Couverture maladie universelle
M. Cheikh Ibra FALL	Vice-Président Groupe thématique Couverture maladie universelle
Pr Anta TALL DIA	Président Groupe thématique Prévention sanitaire
Dr Malick DIOP	Vice-Président Groupe thématique Prévention sanitaire
Pr Fatou Sarr SOW	Présidente Groupe thématique Action sociale
M. Moustapha MBODJ	Vice-Président Groupe thématique Action sociale
M. Jean Pierre NOTERMAN	Ambassade Belgique/Représentant des partenaires bilatéraux
Mme Seynabou MBENGUE	Chargée de communication

Le Comité de pilotage des concertations nationales a été chargé de la coordination des travaux au cours de la phase préparatoire et pendant les journées de concertation proprement dites.

- ***Groupes thématiques***

Les groupes thématiques, au nombre de cinq, ont été chargés :

- (i) de faire "l'état des lieux" sur la thématique ;
- (ii) d'identifier les forces, les faiblesses actuelles, de même que les défis ;
- (iii) de proposer des mesures pertinentes à prendre par le Gouvernement et les partenaires pour améliorer durablement la situation dans les courts, moyens et longs termes.

Les cinq groupes thématiques ont travaillé depuis le démarrage du processus en septembre 2012, et ont permis de disposer de matériaux d'analyse et d'orientation des travaux des journées de concertations.

Les rapports des groupes thématiques ont été soumis par la suite, à travers de larges ateliers de partage, à l'avis des parties prenantes suffisamment représentatives de groupes d'opinions (élus

locaux, partenaires techniques et financiers, partenaires sociaux, associations, ...) dont les idées sur la thématique concernée, revêt un caractère primordial.

Des interviews ont été menés et des contributions des régions ont été prises en compte

- ***Concertations nationales***

Ces rapports enrichis et synthétisés, sont l'objet de ce document introductif à ces concertations nationales. Elles sont présidées par Monsieur le Président de la République Macky SALL, elles sont inclusives tant au plan de l'expertise que de la représentation régionale et comprennent des acteurs du secteur public, privé et de la société civile. Les documents de base de ces concertations sont constitués des rapports des différents groupes thématiques et de document de synthèse introductif.

4. PRESENTATION DU SECTEUR

4.1. La politique de santé et d'action sociale

Les politiques de santé et d'action sociale trouvent leur fondement dans la Constitution Sénégalaise. Elles s'inscrivent dans le cadre de la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES 2013 – 2017) et visent à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La vision du secteur est de faire du Sénégal un pays où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion, mais également de lutter contre les inégalités sociales, d'assurer l'accès aux biens et services à toute la population et d'améliorer les conditions d'existence des catégories sociales défavorisées.

Les objectifs poursuivis dans le secteur de la santé et de l'action sociale sont de :

- réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto juvénile ;
- accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- renforcer durablement le système de santé et d'action sociale ;
- améliorer la gouvernance du secteur de la santé et de l'action sociale de manière consensuelle ;
- privilégier une approche microsociale des relations sociales construites et l'autonomie des acteurs dans les initiatives locales en matière de santé et d'action sociale ;
- proposer, sur la base d'une analyse de la politique d'action sociale, des mesures permettant d'assurer une meilleure protection des personnes, des familles et des communautés à travers un système intégré de gestion des précarités, qui mettent la famille et la communauté au centre du dispositif de protection ;
- renforcer la famille sénégalaise dans ses capacités de reproduction sociale, de protection sociale et de mise en œuvre des solidarités.

4.1.1. La politique sanitaire

Le secteur de la santé a connu des mutations, suite aux différentes réformes opérées qui ont permis la mise en place d'outils stratégiques, à travers le PNDS.

Avec ces nouvelles politiques, on assiste à un effort de recentrage des objectifs de développement autour des OMD, où la santé occupe une place centrale. Les objectifs qui lui sont assignés concernent la réduction notable de la mortalité maternelle et infanto juvénile, par un accès accru aux

services de santé de la reproduction et la maîtrise des endémies majeures comme le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

La politique sanitaire s'articule autour de :

- l'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quelque soit son statut socio-économique ;
- l'effectivité de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- la promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- la promotion de la prévention dans tous les domaines ;
- la gestion intégrée des précarités et du partenariat local ;
- le renforcement du partenariat public-privé ;
- la promotion de la multisectorialité,
- l'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- la culture de la gestion axée sur les résultats.

L'analyse de cette politique révèle :

➔ Des forces :

- options stratégiques clairement définies par le Gouvernement, notamment en matière de soins de santé primaire ;
- prise en charge d'importantes initiatives en direction des groupes vulnérables, tels que les femmes enceintes (césarienne), les personnes âgées (Plan SESAME), etc.,
- mise en place d'organes de coordination avec les autres secteurs avec un dispositif de suivi de la politique économique;

➔ Des faiblesses :

- application incomplète des engagements pris par le gouvernement aussi bien au plan international (déclaration d'Abuja) qu'au niveau national (les compétences transférées)
- insuffisance de la traduction de la vision en actions ;
- faible fonctionnalité des instances de coordination ;
- multiplicité des programmes et les difficultés de leur intégration au niveau local.

4.1.2. La politique d'action sociale

Elle est basée d'une part sur un système assurantiel adossé sur une limitation des risques couverts et l'hypothèse qui veut que la société sénégalaise s'inscrive dans une dynamique de maximisation de la protection sociale, d'autre part sur un dispositif de protection sociale qui ne prend actuellement en compte que 10% de la population sénégalaise.

La mission stratégique de l'action sociale, définie comme le processus d'éradication ou de diminution d'un problème social, est dans une dynamique de gestion des dysfonctionnements relevés au niveau de composantes choisies du système sociétal que sont la santé et la famille et non le traitement des causes ou des mécanismes de correction des précarités qui affectent l'accès aux dites composantes.

En direction de la famille, la politique d'action sociale se résume en secours ponctuels aux familles nécessiteuses qui en font la demande de façon récurrente.

Il faut également noter qu'aucune disposition particulière n'a été prise dans la gestion des conséquences des calamités et catastrophes naturelles en matière d'action sociale.

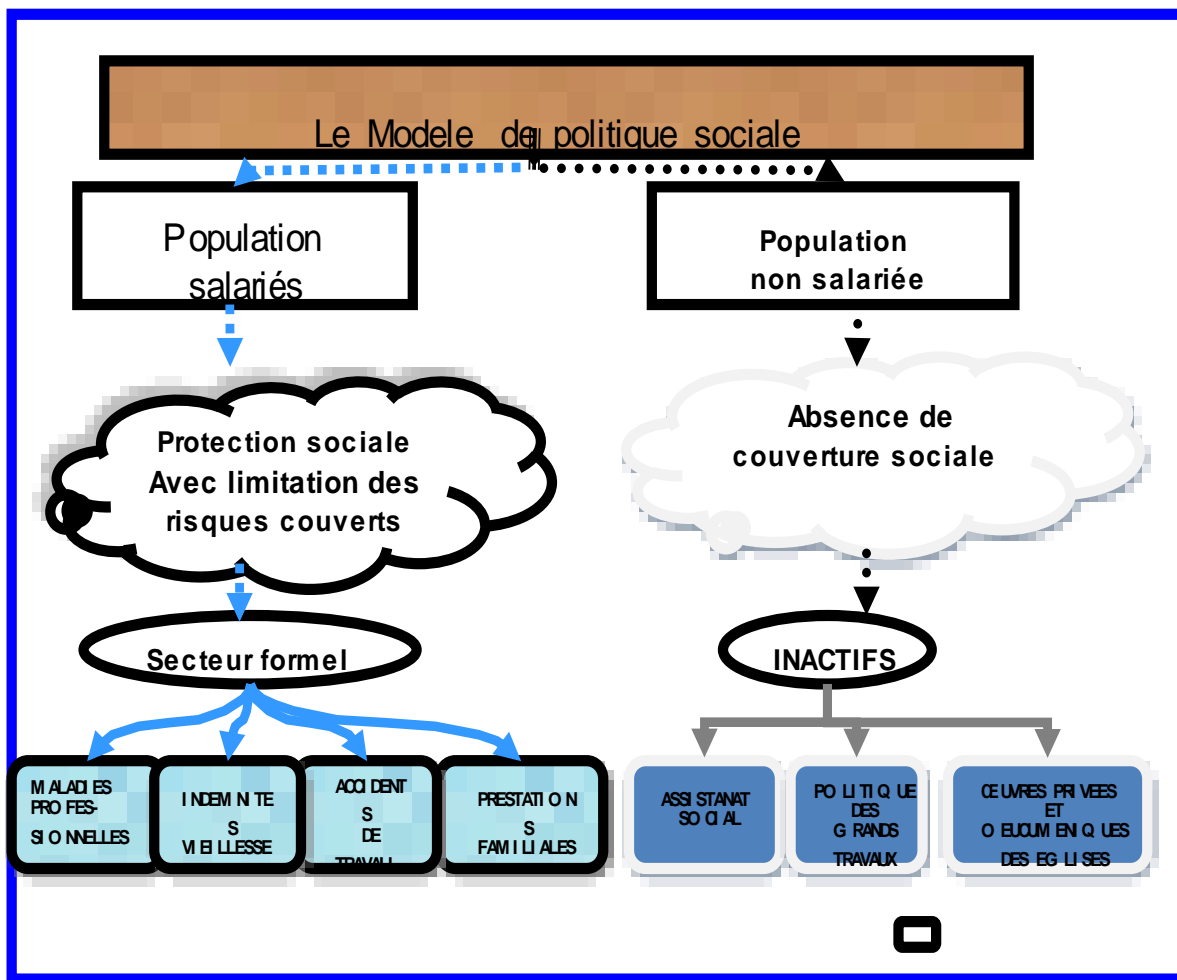


Figure 1 : modèle de maximalisation de la protection sociale

Cette politique d'action sociale présente des forces et des faiblesses.

→ Des forces:

- existence d'un dispositif potentiellement apte à assurer la prise en charge des catégories sociales défavorisées et des populations en situation de vulnérabilité ;
- adoption de la loi d'orientation sociale relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées ;
- existence d'organisations faitières, partenaires de l'accomplissement des missions de l'action sociale.

→ Des faiblesses:

- actions d'assistance plus de renforcement de l'autonomie ;
- absence de filets sociaux ;
- manque de gestion des conséquences à moyen et long termes des catastrophes ;
- politique de protection sociale fragmentée ;
- faiblesse du financement alloué.

4.2. Organisation du secteur

4.2.1. Le système de santé

Il est organisé selon une structure pyramidale avec trois (03) niveaux distincts : niveau périphérique, niveau intermédiaire et niveau central.

Le niveau périphérique constitue la zone opérationnelle et correspond au district sanitaire avec un médecin chef à sa tête. Le district est constitué au minimum d'un centre de santé et d'un réseau de postes de santé, de cases de santé et de maternités rurales.

Dix districts disposent d'une EPS 1. Toutes les régions ont un EPS 2 sauf celles nouvellement créées.

Le niveau intermédiaire correspond à la région médicale avec un médecin de santé publique à sa tête. La région médicale joue un rôle stratégique en assurant la coordination, la supervision, le contrôle et l'inspection des structures sanitaires publiques et privées de la région.

Le niveau central joue un rôle normatif et politique. Il regroupe le cabinet du ministre de la santé, le secrétariat général, les directions générales, les directions et services rattachés.

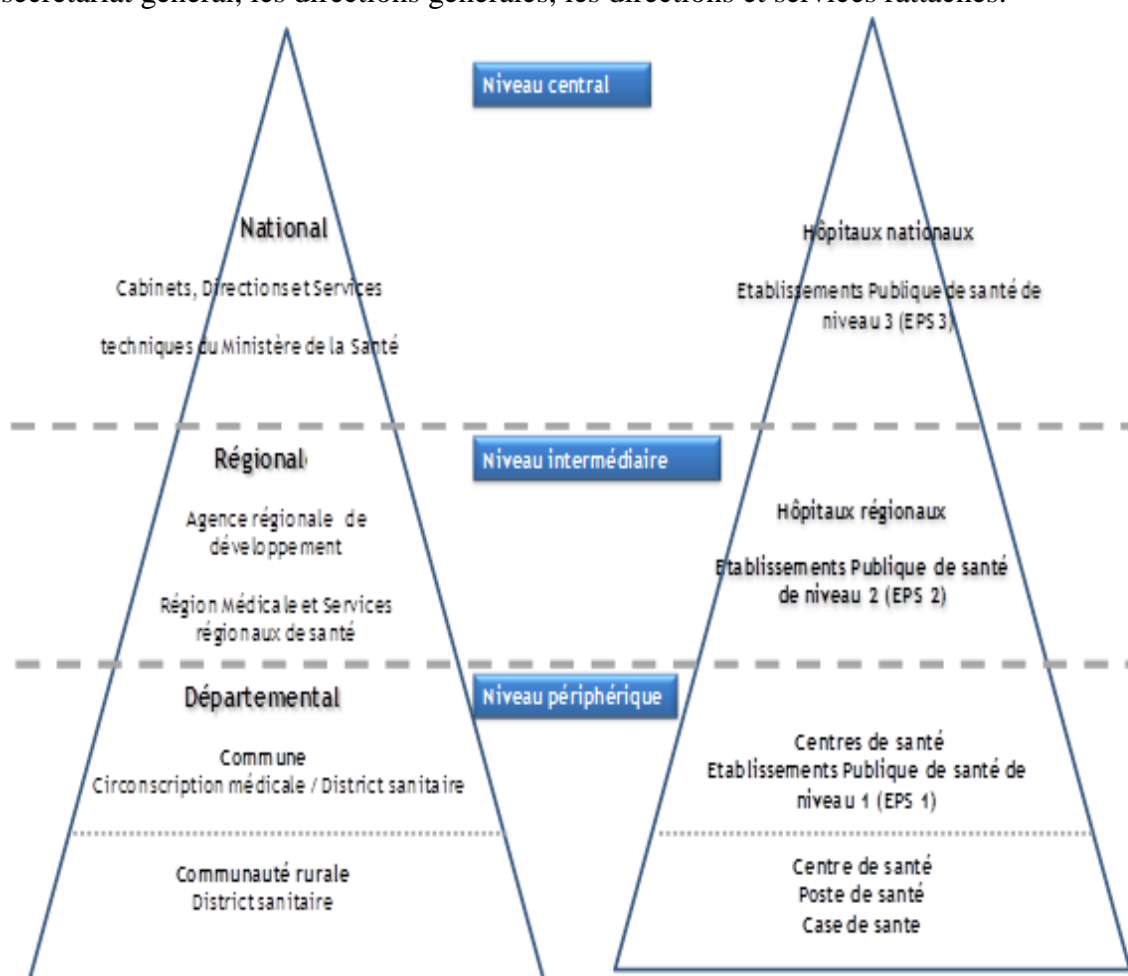


Figure 2 : Organisation du système de santé

Une telle organisation présente l'avantage de rapprocher le système de santé des populations et pouvoir harmoniser les indicateurs de santé, tels que définis par l'OMS dans la région africaine.

Cependant, les faiblesses suivantes sont notées :

- les districts sanitaires souffrent d'une insuffisance des capacités managériales des équipes cadres ;
- les régions médicales jouent difficilement leur rôle en raison de l'insuffisance de capacités en termes de ressources humaines et de moyens logistiques et financiers ;

- le niveau central souffre d'une insuffisance de coordination et d'intégration des activités, de la faiblesse de l'Inspection interne ainsi que de la non publication du décret relatif à l'organisation du ministère.

Beaucoup d'efforts restent donc à faire pour permettre au système de santé de satisfaire à quelques normes et exigences de référence.

4.2.2. Le système de l'action sociale

Le dispositif de mise en œuvre de la politique sociale est caractérisé par une approche assistantielle et une instabilité institutionnelle. Une telle approche, basée sur les besoins, est illustrée par les décrets N°60-245 du 13 Juillet 1960 portant réglementation des secours dans la république du Sénégal, et 69-1054 du 23 septembre 1969 portant allocation de secours aux orphelins et enfants abandonnés. Ce dernier décret a été complété par une instruction du Premier Ministre portant organisation des écoles coraniques et la circulaire relative à l'organisation et au fonctionnement des centres sociaux du Sénégal. Ces dispositions réglementaires donnent à la direction générale de l'Action sociale une compétence en matière de gestion des groupes vulnérables : personnes et familles nécessiteuses, personnes handicapées, enfants déshérités, personnes sinistrées et personnes âgées, malgré les dispositions du décret 96-1135 portant application de la loi de transfert de compétences aux collectivités locales.

La non institutionnalisation de l'Approche - Droit en matière d'encadrement des groupes vulnérables a débouché sur l'éclatement de ces domaines essentiels de l'Action sociale, doublé d'une absence de coordination au niveau national.

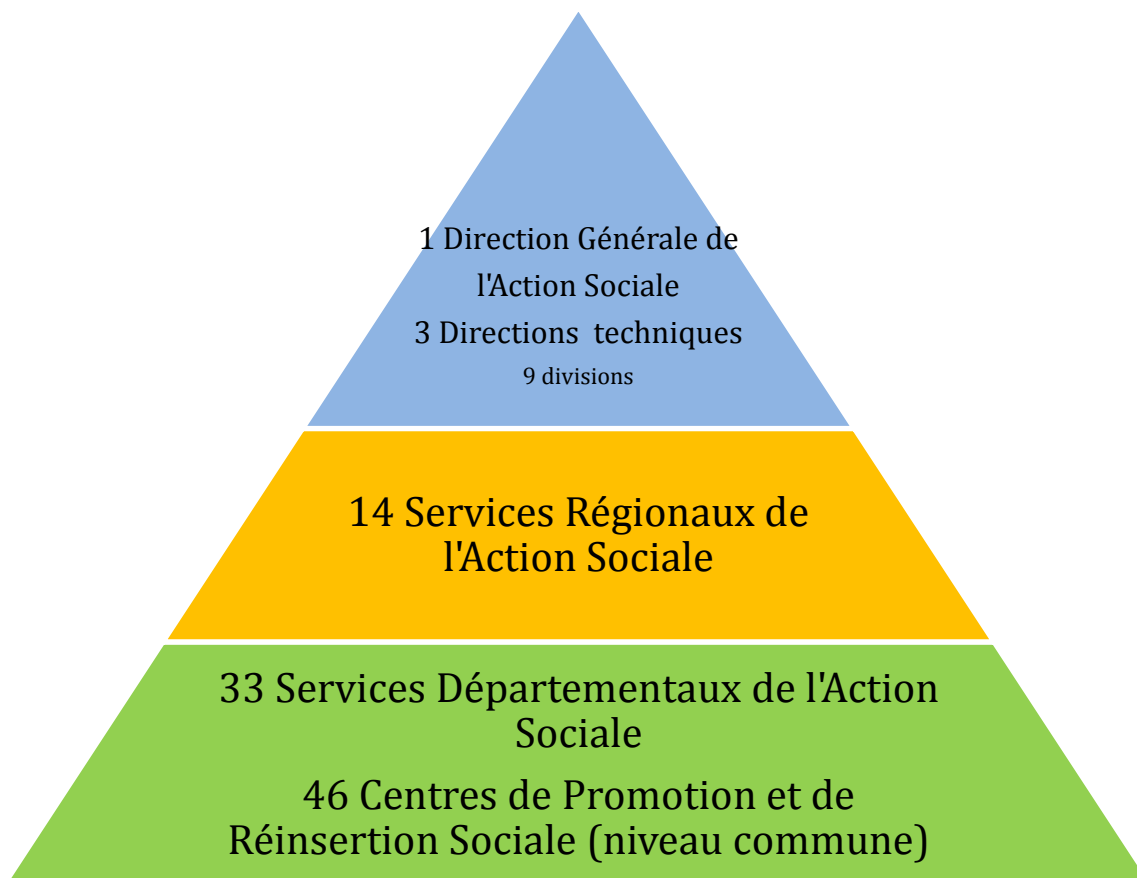


Figure 3 : Organisation du service de l'Action sociale

5. DIAGNOSTIC

Le diagnostic opéré au cours des travaux de réflexion sur les différents thèmes a fait ressortir les éléments complémentaires sur les atouts et contraintes du système de santé et de l'action sociale qui montrent que malgré les efforts consentis et les acquis notés en faveur d'un développement sanitaire durable, équitable, les attentes et besoins des populations au Sénégal sont loin d'être satisfaits.

5.1. Action sociale

Les problèmes qui participent à la structuration de la demande sociale, sont essentiellement les attentes sociales des groupes-cible que sont l'enfance, la famille, les personnes âgées, les personnes handicapées et les sinistrés.

Les nombreux changements institutionnels intervenus depuis 1998, n'ont pas permis à l'Action sociale d'assurer pleinement ses missions d'autonomisation des catégories sociales défavorisées et de réduction de la fracture sociale, dans le cadre bien compris d'un projet global de développement durable.

En définitive, l'Action sociale au Sénégal présente les forces et les faiblesses suivantes :

→ Les forces:

- le nouvel ancrage de l'action sociale au ministère de la santé ;
- la DGAS dispose de structures déconcentrées, au niveau de toutes les régions du pays (SRAS, SDAS) et de structures décentralisées (CPRS) ;
- un dispositif potentiel apte à assurer la prise en charge des catégories sociales défavorisées et des populations en situation de vulnérabilité, en relation avec les collectivités locales et les populations, dans le cadre de Programmes d'Actions Concertées (P.A.C.) et éventuellement de stratégies d'interventions rapides ;
- l'adoption de la loi d'orientation sociale et la publication du décret relatif aux commissions techniques et à l'éducation spéciale.

→ Les faiblesses :

- le maintien de la politique basée sur l'assistanat ;
- l'instabilité institutionnelle du secteur ;
- le maintien de la technique de budgétisation pour le financement du secteur, sous la forme de subvention, qui limite de fait les ressources ;
- la pérennisation de la logique verticale, par la centralisation des programmes d'intervention ;
- la couverture insuffisante du territoire national en Centres de promotion et de réinsertion sociale ;
- l'insuffisance d'une politique de recrutement de cadres de conception et d'intervenants de première ligne au niveau des CPRS et des structures déconcentrées ;
- le déphasage des mécanismes d'aide et des dispositions réglementaires relatifs à l'aide et à la protection sociale des catégories sociales défavorisées ;
- l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières ;
- l'absence de base de données et de mécanismes de suivi ;
- l'absence d'impact sur le développement exponentiel des cercles de pauvreté malgré l'augmentation sensible des crédits alloués au secteur et la création de nouveaux mécanismes d'aide depuis l'an 2000.

5.2. Offre de services de soins

L'offre de soins du système de santé est structurellement portée par le secteur public et complétée par le secteur privé qui est faiblement intégré dans la mise en œuvre des politiques et programmes nationaux de santé.

Au niveau périphérique, les soins de santé de base, de maternité et dentaires sont offerts dans les centres de santé et quelques postes de santé.

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont disponibles essentiellement dans les EPS 1, les centres de santé, les postes de santé avec maternité, les postes de santé sans maternité et des maternités isolées. Des soins spécialisés chirurgicaux sont également disponibles dans les EPS 1 et dans certains centres de santé.

Tous les centres de santé disposent de laboratoires.

Au niveau intermédiaire, les soins de médecine générale, de chirurgie générale et césarienne sont proposés par les EPS 2 qui sont implantés dans tous les chefs-lieux de région sauf Sédhiou, Kaffrine et Kédougou et dans certains départements.

Au niveau national, les soins spécialisés avec des spécialités médicales et chirurgicales pointues sont offerts par les EPS 3 et certaines cliniques privées. L'essentiel des moyens de diagnostic de pointe (IRM, scanner, coronographie, tests ADN, analyses biomédicales, etc.) est localisé dans ces structures.

La quasi-totalité des EPS 3, des cliniques privées spécialisées, des laboratoires et des cabinets d'imagerie médicale sont implantés à Dakar.

D'autres formations sanitaires publiques sont sous la tutelle d'autres ministères tels que les Forces Armées et l'Education nationale (Hôpital Principal, Centres médico-scolaires).

En plus des structures du secteur public, le secteur privé, largement concentré à Dakar et à Thiès, joue un rôle important dans l'offre de service. A cela se greffent l'offre de soins des ONG et des associations.

Une certaine partie de la population a recours à la médecine traditionnelle.

➔ Les forces essentielles de l'offre de soins de santé sont :

- la carte sanitaire définit les types de structures par niveau et le modèle de structures ;
- par rapport aux ratios OMS pour les postes de santé, certaines normes sont atteintes ;
- l'existence de la direction chargée des Infrastructures, de l'Equipeement et de la Maintenance ;
- les besoins sont identifiés et quantifiés ;
- l'existence d'infrastructures du secteur parapublic, des autres ministères et du secteur privé qui viennent renforcer les infrastructures du ministère de la santé.

➔ Les faiblesses essentielles retenues pour l'offre de soins de santé :

- un système de référence et contre référence peu opérationnel ;
- une mauvaise répartition des infrastructures au niveau national ;
- un déficit important en services ou unités spécialisées ;
- l'inexistence de CHU, notamment dans les régions où des facultés de médecine ou des UFR en santé sont créées (Thiès, Saint Louis et Ziguinchor) ;
- faiblesse de la prise en charge des urgences.

L'examen de l'offre de soins de santé demande que les composantes suivantes soient étudiées.

5.2.1. Les infrastructures, les équipements et la maintenance

La croissance du parc d'équipements biomédicaux et le développement de la technologie ont marqué le système de santé ces dernières décennies. C'est ainsi que les nouvelles acquisitions et réhabilitations d'infrastructures et d'équipements ont représenté plus de 75% de l'enveloppe budgétaire allouée aux dépenses de la santé entre 1998 et 2006. Mais cette tendance doit se poursuivre parce que la réalisation d'infrastructures sanitaires et leur dotation en équipement de plus en plus moderne contribuent à l'amélioration de la qualité des soins. De même, une meilleure utilisation des technologies de l'information et de la communication permettrait une optimisation des équipements et un partage de l'expertise en soins spécialisés grâce notamment à la Télémédecine.

Le Ministère de la santé dispose également d'un document de Politique de maintenance des équipements et des infrastructures qui a été validé depuis 2009, et a mis en place la Direction des Infrastructures des Equipements et de la Maintenance (DIEM)

Malgré ces efforts, quelques difficultés ont été notées dans la mise en œuvre de la politique de maintenance, notamment le manque de personnel à tous les niveaux, les faibles moyens alloués à la maintenance, le non-respect des standards en matière d'équipements, l'absence de plan de renouvellement des équipements, etc.

La DIEM doit disposer de structures décentralisées au niveau des régions médicales pour assistance dans les projets de construction et d'acquisition d'équipements.

5.2.2. Gestion, approvisionnement et distribution des médicaments et produits assimilés (vaccins, réactifs, etc.)

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 2009-2018, des réformes du secteur pharmaceutique ont été entreprises pour assurer l'accès de tous aux médicaments essentiels, de qualité, et à moindre coût.

➔ Les forces sont :

- un organe de réglementation pharmaceutique (Direction de la Pharmacie) ;
- une centrale d'achat érigée en établissement public (PNA) avec des antennes régionales (PRA) ;
- Circuit privé parfaitement sécurisé ;
- un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments,
- une liste nationale de médicaments essentiels actualisée périodiquement, des unités de fabrication locale de certains produits, une pharmacopée diversifiée et coordonnée par une Division de Médecine traditionnelle ;
- l'existence de structures de contrôle de qualité ;
- l'approbation par le Sénégal de la liste de fournisseurs agréés par l'OMS et l'OOAS pour l'acquisition des médicaments et produits.

Sur le plan de l'accessibilité, le recours aux génériques et la gratuité des produits dans certains programmes spéciaux (SIDA, Lèpre, plan SESAME, Césarienne) sont autant d'initiatives pour améliorer l'accès des populations aux médicaments et assimilés.

Au plan de la rationalisation de l'utilisation des médicaments, l'essentiel des médicaments utilisés relève de la liste nationale élaborée par des experts et des protocoles thérapeutiques standards axés sur des recommandations internationales.

→ Les faiblesses sont :

- les ruptures fréquentes de médicaments ;
- l'érection de la PNA en EPS n'a pas encore donné les résultats escomptés ;
- le laboratoire national de Contrôle des Médicaments (LNCM) ne dispose pas de moyens pour assurer sa mission ;
- la réglementation pharmaceutique n'est pas appliquée dans sa globalité par insuffisance d'inspecteurs assermentés ;
- le non-respect des marges bénéficiaires sur les médicaments essentiels au niveau de certaines structures sanitaires est aussi un facteur limitant d'accessibilité aux populations démunies ;
- le marché illicite des médicaments qui constitue un réel danger pour les populations se développe ;
- le secteur public accuse un déficit qualitatif et quantitatif en ressources humaines. Le personnel utilisé pour gérer les dépôts de médicaments des formations sanitaires est souvent non qualifié ;
- le contrôle des produits de la pharmacopée traditionnelle n'est pas effectif ;
- le coût des médicaments reste très élevé ;
- le secteur industriel pharmaceutique local est peu compétitif ; ses coûts de production sont élevés à cause des taxes sur les matières premières, l'étroitesse du marché sénégalais ainsi que la rude concurrence des grands groupes pharmaceutiques ;
- la réglementation fixe à 29% les marges des ventes au détail de médicaments, mais elle limite le caractère incitatif pour les pharmaciens de vendre des médicaments bon marché ; cette réglementation les encourage plutôt à se concentrer sur les produits de marque plus chers ;
- les dons anarchiques des médicaments, le stockage inapproprié et le mode de dispensation des médicaments ne garantissent pas non plus la qualité des produits pharmaceutiques ;
- l'absence de contrôle systématique de la qualité des produits pharmaceutiques ;
- l'absence de rationalisation des prescriptions et la faiblesse des conseils pour la prise des médicaments (absence du suivi et d'éducation thérapeutique des malades), l'inobservance des traitements prescrits particulièrement dans la prise des antibiotiques, anéantissent les efforts faits dans ce domaine.

5.2.3. Les Ressources Humaines

Couverture en ressources humaines

Le Sénégal est en dessous de la barre de couverture médicale des populations requise par les normes PNDS. En effet, selon les données sur la situation du personnel de santé qui prend en compte les secteurs publics et privés, le Sénégal compte un (1) médecin pour 16 176 habitants, contre un (1) médecin pour 10 000 habitants (norme PNDS). Au niveau du personnel infirmier et sage-femme, l'écart est beaucoup plus important.

Pour le personnel infirmier, le ratio préconisé est d'un (1) infirmier pour 3000 habitants alors que le Sénégal affiche un (1) infirmier pour 4188 habitants.

En ce qui concerne les sages-femmes, le Sénégal compte une (1) sage-femme/3398 femmes en âge de reproduction (FAR) versus une (1) sage-femme pour 1500 FAR, norme PNDS souhaitée. (Source: PNDS 2008, PNRHS 2009)

En ce qui concerne l'action sociale, la circulaire portant organisation et fonctionnement des centres sociaux, toujours en vigueur, prévoit par centre 1 assistant social et 2 aides sociaux par structure. Mais plus de la moitié des CPRS ne dispose que d'un seul agent du fait des limitations en termes de recrutement relevant des programmes d'ajustement structurel.

Au niveau des CPRS, on compte 45 agents pour une prévision de 1250 agents soit un gap de 1207 agents. La prise en compte des problématiques nouvelles en matière d'action sociale implique le recrutement de travailleurs sociaux spécialisés dans les différents domaines et la refondation des textes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des structures d'intervention de base en matière d'action sociale, de manière à prendre en compte les innovations sociales et les nécessités partenariales au niveau local.

Formation des ressources humaines

Le Sénégal dispose de structures de formation initiale et continue du personnel de santé et de l'action sociale :

- la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar ;
- les UFR en santé de Thiès, de Saint-Louis, de Ziguinchor ;
- l'Ecole Nationale de Travailleurs sociaux Spécialisés (ENTSS) ;
- l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) ;
- les Ecoles de formation privée pour les paramédicaux;
- le Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG).

Recrutement et affectation des ressources humaines

Le processus de recrutement et d'affectation des personnels de santé et d'action sociale implique différents acteurs et peut se faire à différents niveaux administratifs. On distingue quatre principaux modes de recrutement :

- par le Ministère de la Fonction Publique du Travail et des Relations avec les Institutions;
- par le Ministère de la Santé et de l'Action sociale à travers la contractualisation ;
- par les Etablissements Publics de Santé ;
- par les collectivités locales et les comités de santé.

Même si ces mécanismes de recrutement témoignent d'une réelle volonté politique de réduire le déficit en personnel de santé et de l'action sociale, le recrutement reste non ciblé et ne tient pas forcément compte des besoins réels.

Ces ressources humaines sont concentrées plus particulièrement au niveau des régions de Dakar et de Thiès

Gestion des ressources humaines

Pour une gestion efficiente du personnel, différentes stratégies ont été adoptées par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale :

- création d'une direction des ressources humaines ;
- existence d'un Plan National de Développement des Ressources Humaines (PNDRH) ;
- renforcement des capacités opérationnelles des agents de la DRH ;
- élaboration des outils de gestion des RH ;
- harmonisation de l'intervention sociale en milieu de santé ;
- promotion du dialogue social.

Malgré cela, on note :

- une absence de système de gestion informatisée du personnel ;
- une évaluation inefficace du personnel ;
- des récompenses distribuées au personnel non basées sur le mérite.

5.2.4. Ressources financières

Ressources financières en santé :

Le poids des dépenses publiques de santé sur le budget de l'Etat a augmenté de 3,4 points en passant de 8,5% en 2000 à 11,9% en 2009. Ces efforts se sont répercutés sur les dépenses de santé par habitant qui ont plus que triplé en passant de 20 dollars en 2000 à 62 dollars en 2008. Sur la même période, les dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses totales de santé ont enregistré une hausse de 18,6 points, en passant de 36,8% en 2000 à 55,4% en 2008, entraînant ainsi la baisse des dépenses privées de santé qui sont passées de 63,2% en 2000 à 44,6% en 2008.

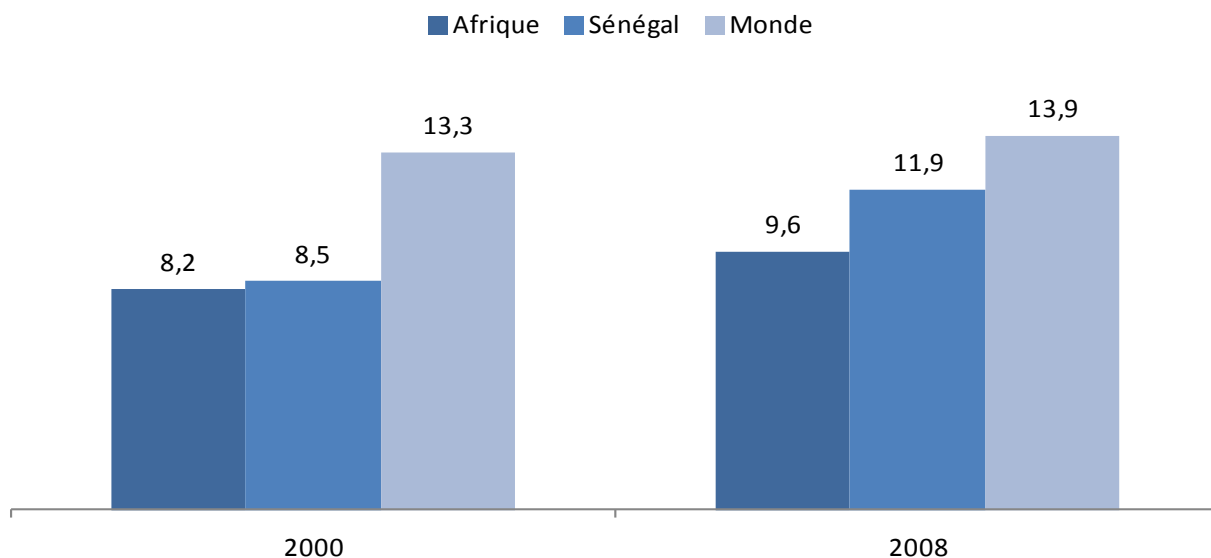


Figure 4 : évolution du poids des dépenses publiques de santé dans le budget national (en pourcentage)

(Source : OMS)

Les sources de financement du système de santé découlent essentiellement des dépenses de santé en provenance de fonds publics, de fonds privés et des fonds du reste du monde. Les fonds publics sont constitués à 96% du budget de l'Etat et à 4% du budget des collectivités locales. Pour ce qui est des

fonds privés, sa structure reste répartie entre les ménages (87%), les employeurs (9%) et enfin les ONG et autres organisations (4%). Enfin, les fonds du reste du monde proviennent de la coopération bilatérale (59%), de la coopération multilatérale (14%), des initiatives internationales (26%), de la coopération décentralisée (0,7%) et des sénégalais de l'extérieur (0,3%).

Même si la part budgétaire des dépenses publiques consacrées à la santé a tendance à augmenter, et les sources de financement diversifiées, de nombreuses faiblesses sont cependant notées :

- le financement de la santé par le budget de l'Etat reste insuffisant, ce qui induit une forte dépendance vis-à-vis des partenaires au développement ;
- la part de la santé dans le budget de l'Etat reste inférieure à la moyenne mondiale (13,9%) et en deçà de l'objectif d'Abuja (15%). Le Senegal se situe à 11,9% en 2009.
- les apports financiers de certains partenaires au développement ne sont pas toujours maîtrisés par l'Etat ;
- l'audit de la gestion des ressources de la santé n'est pas régulièrement fait ;
- l'allocation des ressources aux différents échelons de la pyramide sanitaire ne répond pas à des critères d'équité et d'efficacité ;
- le financement des activités du niveau opérationnel est souvent imputé aux fonds provenant de la participation des populations à l'effort de santé, devenant de plus en plus réduits ;
- le préfinancement du plan Sésame par les structures de santé et le non respect de ses engagements de remboursement par l'Etat mettent les hôpitaux et centres de santé dans des situations de tension de trésorerie et d'indisponibilité de services ;
- la disparité dans l'allocation des ressources entre milieux urbain et rural,
- l'insuffisance de la part allouée aux investissements par rapport au fonctionnement.

Pour la gestion des ressources, les faiblesses notées sont :

- l'insuffisance de suivi de la gestion des recettes par les comités de santé ;
- les ponctions effectuées sur les ressources destinées à la santé au profit d'autres secteurs par certaines collectivités locales ;
- l'insuffisance du contrôle des ressources financières au niveau des structures.

En ce qui concerne l'action sociale, l'approche résiduelle explique la faiblesse des financements affectés par l'Etat et les collectivités locales.

La demande en soins

Le niveau d'utilisation des services de santé reste important, même si la médecine traditionnelle constitue pour la majorité des populations le premier recours.

Les prestations de soins se répartissent entre trois principaux secteurs : public, parapublic et privé.

Le secteur public et parapublic pourvoit à hauteur de 54% des demandes de soins¹, à travers surtout ses structures de soins périphériques (centres de santé et postes de santé), suivi des hôpitaux. Ces services de santé prodiguent essentiellement des soins curatifs. Les coûts des prestations et l'accessibilité géographique des structures publiques peuvent expliquer cela.

¹Etude stratégique du secteur de la santé, APIX, Avril 2012
RAPPORT INTRODUCTIF -18 – 19 Janvier 2013

Les structures des collectivités locales sont essentiellement concentrées dans la région de Dakar. La mairie de Dakar administre un certain nombre de formations sanitaires et assure la présidence du conseil d'administration de l'EPS3 Abass Ndao qui est sous la tutelle du ministère de la Santé et de l'Action sociale.

Le secteur privé capte près de 39% de la demande des services de santé¹. Selon la carte sanitaire de 2008, près de la moitié des structures de soins privés au Sénégal est localisée à Dakar. Ces structures assurent parfois des services très pointus surtout dans le domaine de la biologie et de l'imagerie.

La médecine traditionnelle pourvoit à 3% de l'offre de soins¹. Ce bas chiffre peut porter à discussion à cause des réalités socio-économiques de notre pays.

La Dépense Nationale de Santé (DNS) qui prend en compte l'ensemble des dépenses de santé effectuées au profit des résidents au Sénégal est de 254 196 425 119 FCFA alors que la Dépense Totale de Santé (DTS) exclut les dépenses relatives à la formation, à la recherche, au contrôle sanitaire et aux dépenses de santé non spécifiées par catégorie. Elle s'élève à 247 491 083 850 FCFA.

Dans le rapport des CNS, la dépense nationale de santé est utilisée pour le calcul des différents indicateurs.

Structure du financement du système de santé

- Les fonds publics s'élèvent à 91,4 milliards de FCFA et sont constitués à hauteur de 96% par les fonds provenant de l'administration centrale et 3% des collectivités locales.
- Les fonds privés s'élèvent à 109,4 milliards de FCFA répartis ainsi : 87% fonds des ménages, 9% fonds des employeurs, 3% autres fonds privés et 1% fonds des ONG.
- Les fonds du Reste du Monde sont de 53,4 milliards de FCFA dont 59% proviennent de la coopération bilatérale, 14% de la coopération multilatérale, 0,7% de la coopération décentralisée, 26% des ONG, des initiatives internationales et globales et 0,3% des fonds des sénégalais de l'étranger.

Gestion des fonds

- Le Secteur Public gère 134,3 milliards de FCFA soit 53% de la Dépense Nationale de Santé dont 78,2% pour le Ministère de la Santé et de l'Action sociale et 7% pour les collectivités locales.
- Le Secteur Privé gère 43% de la DNS dont 77% sont gérés par les ménages, 10% par les sociétés d'assurance et 9% par les assurances sociales.
- Les Partenaires Extérieurs gèrent 4% de la DNS et contribuent à hauteur de 21% au financement du secteur.

Répartition des dépenses par prestataire

- Les dépenses par prestataire du Ministère en charge de la santé montrent une prédominance des programmes de santé publique (38%) et des structures hospitalières qui reçoivent 38% (21% aux hôpitaux et 17% aux centres de santé) ; les postes de santé ne recevant que 3% de ces fonds publics.
- L'achat de médicaments constitue près de la moitié des dépenses directes des ménages (48,8%). Les dépenses directes des ménages chez les tradipraticiens (5%) sont aussi importantes que dans les cabinets privés et les postes de santé. Hors médicaments, les dépenses des ménages se concentrent dans les structures publiques hospitalières (70%).

- Les dépenses des assureurs commerciaux privés et des IPM se concentrent sur le secteur privé (92%) tandis que les dépenses des mutuelles de santé hors médicaments, s'orientent vers le secteur public (70%).

Répartition des dépenses par type de prestation

- La structure fonctionnelle de la dépense nationale de santé est décrite par le tableau ci-dessous :

Tableau 1. Répartition fonctionnelle de la dépense nationale de santé

Fonctions	Montant (en milliards de FCFA)	%
Soins curatifs	81, 136	31,9%
Prévention & santé publique	56, 448	22,2%
Médicaments	45, 858	18%
Lunetterie	1,724	0,6%
Construction & Équipement	27, 858	11,0%
Administration générale de santé	24, 975	9,8%
Labo & imagerie	9, 193	3,6%
Recherche et formation	6, 705	2,6%
Total	254, 196	100%

L'essentiel de la dépense nationale de santé est orienté vers les soins curatifs, les services de prévention et de santé publique alors que la recherche et la formation bénéficient de moins de 3% du financement dans le secteur.

- Au niveau du secteur public, les dépenses de prévention occupent la première place avec 38% suivies des soins curatifs (25%). L'effort d'investissement du secteur public s'élève à 26,221 milliards de FCFA dont 46% sont consacrés à la construction et à la réhabilitation d'infrastructures sanitaires, 54% à l'équipement.
- Au niveau du secteur privé, l'essentiel des dépenses notamment celles des ménages, est orienté vers les médicaments (plus de 50%) et les soins curatifs (40%).
La structure des dépenses de l'ensemble des systèmes d'assurances privées montre que les services de santé les plus couverts sont les services de soins curatifs avec 46% dont 58% pour les soins curatifs hospitaliers puis les médicaments avec 23%. Enfin, les dépenses d'administration consomment 19% des dépenses des assureurs.

5.2.5. Urgences et Catastrophes

Problèmes :

Les urgences constituent le premier motif de consultations dans les structures hospitalières du Sénégal.

La non identification des sites avec une notion de transversalité de prise en charge et l'absence d'une politique claire au niveau national et au niveau des hôpitaux constituent un maillon faible du système, et le patient se retrouve au centre avec comme principale conséquence un sentiment de non satisfaction, de déception et de stress devant une urgence.

D'autre part la prolifération des structures privées, avec parfois des dénominations qui prêtent à confusion sur les missions réelles, contribuent à dérouter les patients sur la décision à prendre pour l'alerte et l'accès encadré aux structures d'urgence sans délai avec une régulation préalable.

La culture de l'urgence n'existe pas au niveau des personnels de santé, ceci est dû à une insuffisance de formation initiale, une absence de formation continue et d'organisation des structures de santé par rapport à la disponibilité immédiate de l'accueil, du plateau technique, et des médicaments pour faire face à la demande.

➔ Forces :

1- Pour le préhospitalier :

- Au niveau réglementaire l'existence de textes clairs organisant le système préhospitalier, les transports sanitaires, et l'aide médicale urgente par le biais du Conseil National de l'aide Médicale urgente.
- L'existence d'un SAMU à vocation nationale depuis 2007, avec un numéro gratuit accessible à travers tout le pays chargé de coordonner les urgences au niveau national
- Le Génie National des Sapeurs Pompiers qui assurent une couverture presque nationale à partir d'un numéro gratuit (18).
- L'existence de structures privées : SOS médecins, SUMA Assistance, SOS Cardio et autres structures qui sont entrain de se développer en dehors de Dakar (Allô Docteur par exemple).

2- Pour l'accueil :

- Existence de SAU fonctionnels dans certains hôpitaux comme l'hôpital principal de Dakar et de SAU partiellement fonctionnels dans d'autres centres de la capitale (HALD, HOGGY, Pikine) et dans certaines régions (Saint Louis, Ourossogui, Ndoum, Matam, Louga, Kaolack, Touba, Diourbel, Thiès, Mbour, Ziguinchor)
- Existence de SAU dans le privé : SUMA assistance et certaines cliniques privées
- Pour la formation : existence d'un diplôme de Médecine d'urgence, d'un Des d'anesthésie Réanimation et des autres spécialités souvent impliquées dans la gestion des urgences (traumatologie, chirurgie viscérale, obstétrique, pédiatrie, neurochirurgie, chirurgie maxillo-faciale etc.)

➔ Faiblesses :

- L'insuffisance de l'appui au SAMU par l'état, pour jouer son rôle véritable dans le système préhospitalier depuis sa création, et qui reste inconnu du public, avec un site non encore construit, une logistique insuffisante, des ressources humaines insuffisantes (médecins urgentistes, infirmiers, ambulanciers)
- L'absence de véritable lien entre le SAMU et les structures hospitalières (sur le nombre de places disponibles), avec une confusion nette entre l'accueil et le transport de la part des structures hospitalières, l'absence de politique claire de gestion efficiente par la garantie d'un plateau médical et technique permanent,
- La non médicalisation des secours des Sapeurs Pompiers
- L'absence de coordination formalisée entre le SAMU et les Sapeurs Pompiers par le biais d'une régulation unique nationale
- L'interconnexion entre les numéros d'appel des secours publics (le 1515, le 18) et même la police pour une synergie des actions
- L'absence financement clair des urgences, véritable gouffre pour les ressources avec un recouvrement très faible
- La non implication des assurances et du Fond de Garantie Automobile dans la gestion des accidentés et d'appui suivants des services d'urgence hospitaliers.

5.2.6. Télémédecine

Le Gouvernement du Sénégal s'est engagé à relever le défi de « Faire des TIC un puissant Vecteur d'accélération de la croissance économique et de modernisation du Sénégal » pour rendre opérationnelle cette vision de modernisation de l'administration et des services aux citoyens, l'état du Sénégal s'est pleinement investi dans la mise en place un réseau de télécommunication de qualité, cité comme l'un des plus performants de la sous-région.

Ce cadre de télécommunication a facilité le développement de nombreuses expériences et projets dans les différents champs d'application de la télémédecine, cependant, l'impact de la télémédecine sur le système de santé reste négligeable du fait de l'intervention de facteurs défavorables dont les plus marquants sont:

1. L'absence d'une politique de suivi et d'évaluation des projets de télémédecine

La majorité des projets, initiatives ou expériences de télémédecine mis en œuvre à ce jour au Sénégal n'ont pas fait l'objet d'un suivi/évaluation convenable du fait de l'absence d'une feuille de route définissant les termes de référence de la mise en œuvre du réseau national de télémédecine. De ce fait, les multiples projets se développent de manière spontanée, sans obligation de se conformer à des protocoles et normes sur la confidentialité, la sécurité des données, l'interopérabilité, la qualité des interventions, leur pertinence par rapport aux besoins, etc.

2. Le manque d'informations sur l'impact des TIC dans l'offre de soins

Les responsables politiques, les autorités sanitaires de même que les professionnels de la santé ne sont pas suffisamment informés sur les retombées de l'utilisation des TIC sur le système de santé. De ce fait, c'est un nombre très restreint d'agents de santé qui sont capables de tirer profit des solutions potentielles apportées par les TIC dans la pratique médicale quotidienne par manque d'information et de formation sur leur utilisation.

3. L'insuffisance d'équipements adaptés à la télémédecine/télésanté dans les établissements de santé

Dans leur grande majorité, les expériences de télémédecine recensées lors des deux dernières décennies au Sénégal sont caractérisées par leur faible visibilité dans l'offre de soins du fait de leur fragmentation et leur orientation limitée dans le temps et dans l'espace en dépit d'un cadre de télécommunication performant et d'une législation sur la protection et de sécurisation des données personnelles, la protection des mineurs et sur la cybercriminalité .

Pour pallier à ce manque de visibilité, le Ministère de la Santé du Sénégal s'est engagé, conformément aux recommandations de l'OMS, à renforcer le leadership et la coordination du secteur de la santé dans le déploiement d'un réseau national de télémédecine.

Les axes stratégiques suivants sont retenus :

Axe stratégique 1 : améliorer la gestion des structures de santé

Axe stratégique 2 : renforcer le système d'information sanitaire

Axe stratégique 3 : renforcer le dispositif de référencement des patients vers des structures mieux équipées

Axe stratégique 4 : mettre en place le portail national de télésanté où les malades reçus dans les hôpitaux régionaux et dans les centres de santé pourront être pris en charge à distance par des experts des CHU.

Axe stratégique 5 : utiliser la télésanté comme outil de formation du personnel de santé

Axe stratégique 6 : Utiliser la télésanté dans la recherche au sein de l'espace communautaire.

Axe stratégique 7 : Renforcer la prévention par le développement d'activités d'information, d'éducation et de promotion de la santé.

5.3. Couverture maladie universelle

Un système de protection universelle contre le risque maladie permet d'assurer à chaque sénégalais une prise en charge médicale indépendamment de sa situation socioéconomique. Il importe de considérer cette protection comme un droit humain et d'accorder une attention toute particulière à la situation des défavorisés.

Au Sénégal, un consensus sur la vision globale et les orientations d'une politique nationale de protection universelle s'avère indispensable. Elle nécessite une approche participative sous la forme d'un large débat citoyen pour d'une part, déterminer le rôle et les responsabilités de l'Etat et définir d'autre part, les voies et moyens aptes à faciliter l'inclusion des couches sociales restées jusqu'ici en marge de tout système organisé de couverture du risque maladie.

On peut considérer que la vision sur laquelle repose le plan national de développement sanitaire (PNDS 2009-2018) prend totalement en compte la nécessité d'aller progressivement vers l'instauration d'un système de couverture universelle contre le risque maladie.

L'analyse de la situation de couverture maladie au Sénégal permet de relever l'insuffisance des sources de financement et l'inexistence d'un cadre institutionnel unifié, source d'inefficience et de fragilité qui a pour conséquence majeure un manque de solidarité réelle et agissante entre les sociétaires des différents régimes existants.

Le taux de couverture risque maladie se situe autour de 20%. Des couches importantes de la population en sont exclues (exemple : marchands ambulants, agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, artisans, etc.) et cela, malgré l'émergence de mutuelles de santé et d'unions régionales de mutuelles qui constituent le terreau de l'assurance maladie communautaire qu'il convient de stimuler davantage. Par rapport à cette situation, l'objectif visé est de porter ce taux à au moins 50% d'ici 2015.

Les forces et les faiblesses notées sont :

➔ Les forces:

L'existence de systèmes opérationnels de couverture maladie :

- l'assurance maladie obligatoire (exemple l'IPM) ;
- l'assurance maladie volontaire (Mutuelles de santé) ;
- l'assurance maladie privée (CIMA) ;
- le système d'imputation budgétaire pour les agents de l'Etat;
- le système de gratuité pour les indigents ;
- les initiatives de gratuité (accouchements, césariennes, dialyse et SESAME) ;
- le projet en cours de création de la CAPSU.

➔ Les faiblesses:

- la faiblesse du taux de couverture (80% de la population sénégalaise non couverte);
- le déséquilibre financier des Mutuelles et des IPM ;
- l'insuffisance de l'offre de couverture par les systèmes existants ;
- le faible niveau d'adhésion et le fort taux de déperdition des membres des mutuelles ;
- la faiblesse des taux de cotisation dans les mutuelles ;
- l'absence de suivi dans la mise en œuvre des décisions liées à la couverture du risque maladie.

Faible taux de pénétration des mutuelles de santé dans la population cible

- Faible gouvernance des mutuelles de santé
- Faible niveau d'adhésion et déperdition des membres
- Faiblesse des taux de cotisation et des prestations offertes
- Faible appui de l'Etat et des collectivités locales

Non-respect et obsolescence des textes régissant l'assurance maladie obligatoire : les IPM

- Faiblesse dans la gouvernance et la gestion
- Insuffisance de l'équité verticale
- La fragmentation du dispositif d'assurance maladie obligatoire
- Non-respect de la pyramide sanitaire par les participants
- Renchérissement des dépenses lié aux nouvelles technologies
- Non-respect de la nomenclature des actes

L'insuffisance de la prise en charge des agents de l'Etat par l'imputation budgétaire

- Absence de prise en charge des médicaments par l'imputation budgétaire
- Insuffisance des structures agréées par l'imputation budgétaire (cliniques et laboratoires d'analyse privés)
- Non-acceptation de l'imputation budgétaire par certaines structures publiques notamment pour certaines prestations de spécialité (imagerie)

Insuffisance de la prise en charge médicale des indigents et groupes vulnérables

- Insuffisance du budget alloué à la Direction de l'Action Sociale pour la prise en charge médicale des personnes défavorisées
- Insuffisance de la collaboration avec les services sociaux hospitaliers et les autres intervenants dans le domaine pour plus d'efficacité
- Les autres faiblesses sont liées au défaut de maillage du territoire national, qui entraîne l'exclusion des cas sociaux établis dans les 13 autres régions du pays et à la non application des tarifs préférentiels au niveau des hôpitaux pour les cas sociaux. Il s'y ajoute l'absence de coordination des différents mécanismes de prise en charge des indigents, source de redondances et d'inefficience des interventions

LE PLAN SESAME

- Défaillances dans les modalités de prise en charge
- Problèmes liés à la viabilité financière du plan sésame

LA GRATUITE DES ACCOUCHEMENTS ET DES CESARIENNES

- Les carences dans le domaine de l'information et de la communication
- Les difficultés liées à l'offre
- Le problème de gestion et l'absence de procédures claires et l'insuffisance du contrôle

5.4. Prévention

La prévention est une option politique majeure qui trouve son fondement dans son ancrage aux Soins de Santé Primaires.

La politique de la Prévention de l'Etat est orientée sur l'amélioration des conditions de vie des populations et des ménages. Elle se décline dans les stratégies de réduction de la pauvreté, dans les programmes et projets de développement orientés sur l'hygiène, l'assainissement et l'extension du système de surveillance des maladies chroniques et à leurs facteurs de risque.

La politique de prévention, épousant la politique de décentralisation de l'Etat, est basée sur une approche participative avec l'implication des communautés dont les rôles et responsabilités sont généralement bien identifiés dans les stratégies de mise en œuvre des programmes et projets. En effet, dans le cadre du PNDS, la gestion de la Prévention est prise en charge au niveau du Comité national de Prévention (CNP), au niveau régional des Comités Régionaux de Prévention (CRP) qui sont des instances de coordination, de plaidoyer et de concertation multisectorielle.

Ces instances assurent l'intégration des actions sur le terrain et le respect des droits des individus et, de plus en plus, la prise en compte du genre.

La coordination et le suivi des différents niveaux d'intervention sont assurés par un secrétariat technique.

Ce schéma organisationnel qui semble être le schéma d'intervention souhaité est en train d'être mis en place progressivement pour prendre en charge la problématique de la Prévention dans sa globalité. Il permettra d'une part d'assurer une meilleure formulation de stratégies et de programmes de Prévention plus intégrés et conformes aux attentes des populations, et d'autre part, de faciliter la mobilisation des ressources financières.

La prévention peut disposer ainsi d'un système d'informations fourni, basé sur des données accessibles et intégrées des différents programmes et projets de développement économique et social (éducation, infrastructures, assainissement, sécurité, santé des populations) ; ce qui va faciliter la promotion de l'hygiène et de la salubrité dans les lieux publics, et aussi, les comportements et les pratiques sans risque.

L'analyse de la Prévention révèle les forces et les faiblesses suivantes :

➔ Pour les forces, il a été retenu :

- la définition claire par le Gouvernement des options stratégiques notamment en matière de soins de santé primaires ;
- l'existence de services chargés d'activités de prévention (Service national de l'Hygiène, Direction de la Prévention, Service national de l'Education et de l'Information pour la Santé) ;
- la prise en charge d'importantes initiatives en direction des groupes vulnérables, tels que les femmes (césarienne), les personnes âgées (Plan SESAME) etc ;
- la mise en place d'organes de coordination avec les autres secteurs.
- Programme élargi de vaccination bien structuré.

➔ les principales faiblesses identifiées sont:

- la non application des engagements politiques pris par le gouvernement aussi bien au plan international qu'au niveau national ;
- l'insuffisance dans la prise en charge des déterminants de la santé (persistance des croyances et pratiques néfastes, analphabétisme, pauvreté grandissante, augmentation des déchets, ...) ;
- l'usage non réglementé des produits chimiques ;
- la multiplicité des Programmes au niveau central et difficultés de leur intégration et coordination.

5.5 Gouvernance

5.5.1 Planification

Le système de planification du secteur de la santé et de l'action sociale comprend un plan stratégique décennal (PNDS), un plan triennal glissant (CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les plans opérationnels des Collectivités Locales (POCL-Santé).

L'élaboration des PTA a été institutionnalisée aux différents niveaux du système de santé. Les POCL sont pris en compte dans les PTA des districts, qui sont intégrés dans celui de la région.

Les PTA consolidés des Régions et des Centres de responsabilité du niveau central sont transmis à la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques qui procède à leur exploitation et synthèse. Ces différents plans sont présentés et validés au cours d'un Comité Interne de Suivi élargi aux partenaires au développement du secteur de la santé et de l'action sociale.

Les directions en charge de la planification et des finances, en rapport avec la direction de la coopération économique et financière du Ministère chargé de l'Economie et des Finances, procèdent chaque année à un suivi physique et financier rapproché des projets et programmes pour améliorer leur efficacité et leurs performances.

Il y'a lieu de noter que des insuffisances ont été notées et tournent autour de :

- Des dysfonctionnements dans le processus de planification, qui n'ont permis de d'opérationnaliser de manière optimale le plan des infrastructures et des équipements et celui relatif au développement des ressources humaines, malgré l'adoption d'une carte sanitaire et la création d'une Direction des ressources humaines et d'une politique en la matière
- Définition des priorités nationales et défaut de coordination des interventions des partenaires malgré les bénéfices tirés de l'approche sectorielle et une définition des priorités nationales en fonction de l'aide extérieure
- Des disparités dans le financement des programmes à différents échelons de la pyramide sanitaire liées à l'absence de critères pertinents et partagés d'allocation des ressources

5.5.2 Mise en œuvre et Coordination

Au niveau de la coordination, le système de planification a connu une évolution majeure dans le PNDS, notamment avec la mise en place d'une structure chargée de son animation. Cette coordination est effective aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Les instances de coordination se tiennent de manière hebdomadaire pour le Cabinet, les directions et services, de manière trimestrielle pour les régions médicales et mensuelle pour les districts sanitaires.

Tous les trois mois se tiennent les Comités Internes de Suivi du PNDS qui offrent aux différentes parties prenantes du secteur de la santé et de l'action sociale l'opportunité d'échanger sur l'état de mise en œuvre des activités de développement sanitaire et social ainsi que sur les performances atteintes.

La coordination va au-delà du secteur et prend en compte le caractère multisectoriel des actions de santé et d'action sociale. Cette démarche renforce la cohérence et l'efficacité de la lutte contre la pauvreté dans le domaine de la santé et de l'action sociale. En effet, la société civile, le secteur privé de la santé et d'autres départements ministériels mènent des activités qui sont déterminantes pour l'atteinte des objectifs du secteur mais la problématique réside dans la coordination et la capitalisation.

5.5.3 Système de référence contre référence

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide sans qu'il existe, toutefois, une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau. On observe cependant que ce système d'orientation-recours est très fréquemment contourné par les patients, créant ainsi des situations d'encombrement dans les grands hôpitaux nationaux.

5.5.4 Réforme hospitalière

Le but de la Réforme Hospitalière est d'améliorer les performances des hôpitaux aussi bien sur le plan de la gestion que celui de la qualité des soins. Au sein de l'établissement sanitaire est créé le Conseil d'Administration, qui est une entité chargée de définir les orientations stratégiques de l'établissement, d'approuver la gestion et de déterminer les actions à mener. Cette entité dont les membres viennent d'horizons très divers (associations d'usagers, population, municipalités, personnel de l'établissement) n'assure pas la gestion quotidienne de l'établissement sanitaire, qui est confiée à une direction exécutive.

La Commission Médicale d'Etablissement (CME) a été instituée pour permettre l'implication du corps médical à la définition des orientations stratégiques ainsi qu'à l'élaboration du Projet d'Etablissement, mais elle n'a qu'un rôle consultatif.

Le Comité Technique d'Etablissement (CTE), présidé par le directeur, a pour rôle de s'occuper des questions touchant, entre autres, à l'hygiène, à la sécurité et aux plans de formation. Les représentants de chaque catégorie de personnel y siègent.

L'autonomie de l'hôpital est mal assumée, conduisant à plusieurs travers, dont :

- effectifs pléthoriques ;
- faible pourcentage de personnel qualifié ;
- insatisfaction des populations (accueil et soins) ;
- absence ou retard dans la mise en place des fonds de dotation ;
- absence de critères pertinents d'allocation des ressources ;
- chronicité de l'accroissement de la dette hospitalière ;
- instabilité sociale.

5.5.5 Santé et décentralisation

La loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales marque un tournant dans les relations entre le secteur de la Santé et de l'Action Sociale d'une part et les Collectivités locales d'autre part.

Le décret n° 96-1135 du 27 décembre 1996 portant application de ladite loi en matière de santé et d'action sociale fixe et précise les modalités d'exercice des compétences ainsi transférées de chaque entité.

Il ressort de ces compétences entre autres :

- la présidence des comités de gestion qui délibèrent sur le projet de budget, les comptes, le fonctionnement, les travaux de réparation et les activités sociales des structures de santé ;
- la possibilité de recruter, d'administrer et de gérer du personnel d'appoint qu'elle peuvent mettre à disposition des structures sanitaires ;
- la gestion des équipements ;
- l'entretien et la maintenance des infrastructures, des équipements et de la logistique aussi bien des structures de santé que des centres de promotion et de réinsertion sociale ;
- l'organisation et la gestion des secours au profit des nécessiteux ;
- La création de commission chargée de l'organisation et de la gestion des secours.

Leur avis doit également être recueilli par le Ministre chargé de la Santé et de l'Action sociale lors de la nomination des personnels affectés dans les structures sanitaires.

Malgré la clarté des textes, on note des difficultés dans les rapports entre les techniciens de santé et de l'action sociale et les élus locaux. Ces difficultés ont été, entre autres, à l'origine des dysfonctionnements des organes de gestion.

De l'avis des deux parties, les relations entre elles font encore l'objet de beaucoup d'incompréhensions. Pour les autorités sanitaires et sociales, les griefs portent essentiellement sur :

- L'absence d'installation des comités de gestion dans la plupart des structures sanitaires et sociales, qui quand ils le sont, ont un niveau de fonctionnalité qui reste globalement faible ;
- le manque de ressources humaines et de moyens administratifs adéquats afin de permettre une prise en compte effective de leurs préoccupations techniques ;
- l'absence ou le versement partiel aux structures sanitaires destinataires des fonds de dotations que les Collectivités locales perçoivent et qui sont affectés à l'exercice des compétences transférées

5.6 Suivi-Evaluation

Dans la mise en œuvre du PNDS, chaque plan, projet ou programme dispose d'un cadre de suivi-évaluation. Il existe un système de monitoring et de supervision clairement identifié avec des outils appropriés. Un personnel est affecté dans chaque structure à cette activité et dispose de tous les outils nécessaires.

Un plan de suivi-évaluation accompagnant le PNDS est élaboré et mis en œuvre. Les performances du système sont évaluées annuellement à travers des instances représentées par les Revues Annuelles Conjointes Régionales et la Revue Annuelle Conjointe Nationale. Cette dernière sert de tribune pour la présentation et le partage du rapport annuel de performances du CDSMT.

Cependant, on note des contraintes majeures à l'efficacité du système de suivi évaluation :

- Un système d'information peu performant
- sous systèmes d'information sanitaire non articulés au SNIS ;
- rétention des données par certains syndicats de la santé ;
- déficit dans la promptitude et la complétude des données collectées ;
- non informatisation du système de suivi-évaluation ;
- insuffisance dans l'évaluation des performances ;
- La faiblesse du contrôle citoyen et de la participation communautaire
- Une faible culture de reddition et de transparence dans les actions et processus décisionnels .

En ce qui concerne l'action sociale, l'absence de mécanismes de suivi-évaluation n'a pas permis la réalisation d'une base de données, encore moins l'évaluation de l'impact des interventions. Les seules données disponibles sur les cibles proviennent de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), qui n'intègrent pas nécessairement les préoccupations spécifiques du secteur, d'où l'absence de données pertinentes sur les groupes cibles.

Au vu de ces constats, les recommandations suivantes ont été formulées :

PREVENTION					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Persistance et ampleur des maladies transmissibles malgré les moyens importants alloués	<ul style="list-style-type: none"> Contrôle et éradication des maladies transmissibles 	Assurer une couverture vaccinale à 100%			
		Mettre en œuvre un programme d'IEC/CCC selon une approche multisectorielle en vue de réduire les facteurs favorisant l'émergence des		X	
Forte augmentation des maladies chroniques non transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> Réduction des facteurs de risques des maladies chroniques non transmissibles 	Promouvoir le dépistage précoce des MNT (carte et unité de dépistage)			
		Faire la promotion de la pratique d'activités physiques			
		Appliquer rigoureusement les mesures de prévention élaborées pour lutter contre les MNT déjà envisagées			
		Mettre en œuvre un programme d'IEC/CCC selon une approche multisectorielle en vue de réduire les facteurs favorisant l'émergence des M.N.T			
Usage excessif d'excitants (alcool, drogue, tabac) chez les adolescents	<ul style="list-style-type: none"> Baisse de la consommation du tabac, de l'alcool et des drogues 	Appliquer la loi dans toute sa rigueur			
		Augmenter les taxes sur le prix du tabac			
		Promouvoir des centres de désintoxication et de réinsertion			
		Mettre en œuvre de la convention cadre			
		Interdire la publicité sur le tabac			
		Mettre en place un programme d'information et de sensibilisation sur les conséquences liées au Tabac, à l'alcool et à la drogue			
Prévalence élevée des maladies diarrhéiques	<ul style="list-style-type: none"> Approvisionnement correct en eau en quantité et en qualité Réduction de la prévalence des intoxications alimentaires aiguës et chroniques Contrôle effectif du circuit de distribution des produits alimentaires 	Continuer la mise en œuvre du projet sectoriel eau			
		Renforcer la communication pour promouvoir l'hygiène de l'eau et des aliments			
		Actualiser et appliquer rigoureusement les textes existant en matière de réglementation/contrôle alimentaire et d'hygiène			
		Créer/Renforcer les laboratoires de contrôle de qualité des aliments et de l'eau et les doter de ressources humaines et matérielles idoines			

PREVENTION					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Recrudescence des infections respiratoires aiguës en particulier chez les enfants	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de la prévalence des infections respiratoires aiguës 	Promouvoir l'école des femmes			
		Promouvoir la santé à l'école			
Recrudescence des maladies toxicologiques liées aux produits phytosanitaires	<ul style="list-style-type: none"> Contrôle de la vente et l'utilisation des produits phytosanitaires 	Mettre en place un dispositif de contrôle et de gestion de la circulation des produits phytosanitaires			
		Mettre en œuvre un programme d'IEC/CCC			
Consommation de médicaments contrefaits ou mal conservés	<ul style="list-style-type: none"> Respect strict des textes régissant les médicaments contrefaits 	Renforcer l'IEC/CCC sur les dangers des médicaments contrefaits ou mal conservés			
		Renforcer les pouvoirs du service d'hygiène dans la lutte contre la vente illicite des médicaments			
		Renforcer en moyens humains et matériels les services de contrôle du médicament			
		Alourdir les peines liées à la vente illicite des médicaments			
		Promouvoir les médicaments génériques pour améliorer l'accessibilité			
Emission de gaz polluants et/ou toxiques par les véhicules et les industries	<ul style="list-style-type: none"> Contrôle des sources d'émission de gaz polluants et/ou toxiques 	Appliquer le Contrôle technique strict			
		Eliminer les véhicules inaptes			
		Promouvoir une politique de renouvellement du parc automobile			
		Observer la distance réglementaire entre les industries des lieux d'habitations			
		Rendre fonctionnels les comités d'hygiène et de sécurité dans les entreprises			
Recrudescence Accidents du travail et maladies professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> Réduction des accidents du travail et de l'incidence des maladies professionnelles 	Veiller à la mise en place de comités d'hygiène fonctionnels dans les entreprises			
		Appliquer rigoureusement les dispositions réglementaires			
Recrudescence des accidents de la circulation	<ul style="list-style-type: none"> Respect strict du code de la route Assainissement du parc automobile 	Appliquer rigoureusement les dispositions réglementaires			
		Améliorer l'implication du médecin du travail dans les actions de prévention au sein des lieux de travail			
		Appliquer rigoureusement les sanctions prévues aux contrevenants			
		Renforcer le contrôle technique des véhicules			
		Eliminer les véhicules inaptes à la circulation			

PREVENTION					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
		Rendre obligatoire l'éducation routière à l'école Sensibiliser les populations			
Prolifération anarchique des ordures ménagères et déchets industriels	<ul style="list-style-type: none"> Régulation et contrôle strict de l'enlèvement des ordures ménagères et dépôts sauvages 	Appliquer strictement le code de l'hygiène et de l'environnement			
		Veiller à ce que les collectivités locales s'acquittent de leurs obligations de collecte et d'enlèvement réguliers des ordures ménagères			
		Veiller à l'application stricte du code d'hygiène et de sécurité au travail			
	<ul style="list-style-type: none"> Régulation et contrôle strict des décharges 	Mettre en place au niveau des quartiers des comités de salubrité			
		Respecter le code de l'urbanisme			
Pollution du sol et de la nappe phréatique	<ul style="list-style-type: none"> Contrôle et élimination des facteurs de risques de pollutions des sols et de la nappe phréatique 	Mettre en œuvre le code de l'environnement			
		Mettre en œuvre un programme d'éducation et d'information du public			
Nuisance sonore	<ul style="list-style-type: none"> Application du code de l'environnement dans toute sa rigueur 	Mener un plaidoyer auprès des autorités morales et administratives			
		Appliquer rigoureusement les textes portant autorisations de manifestations et les sanctions éventuelles			
		Renforcer l'IEC sur les risques de nuisances sonores			

GOUVERNANCE					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Insuffisance de coordination des interventions des partenaires	<ul style="list-style-type: none"> Alignement des interventions des partenaires sur les priorités nationales Redynamisation des cadres de concertations intra sectoriel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire Réactualisation du cadre de concertation intersectorielle présentement non fonctionnel 	Procéder à la signature du COMPACT santé dans les meilleurs délais			
		Renforcer les capacités des responsables en leadership			
		Redynamiser le cadre de concertations intra sectoriel avec participation et présentation des rapports de performances par les responsables de services de santé			
		Réviser le format de la Revue annuelle conjointe (respect de la déclaration de Paris)			
		Finaliser la mise en place de la plateforme multisectorielle des interventions de la santé			
Dysfonctionnements dans le processus de planification et de mise en œuvre des activités sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> Respect du décret instituant la carte sanitaire Respect strict des normes prévues pour la création des établissements de santé Prise en compte du district sanitaire dans le cadre du transfert de la compétence santé aux collectivités locales Rationalisation de la gestion des ressources humaines de la santé Opérationnalisation du plannationnel de développement des ressources humaines 	Elaborer un arrêté ministériel d'application du décret portant carte sanitaire			
		Vulgariser les textes sur la carte sanitaire auprès des élus locaux, autorités administratives et les partenaires au développement			
		Évaluer systématiquement les projets d'établissement avant toute création d'établissement publique de santé			
		Évaluer les établissements de santé existants			
		Transférer la gestion du fonds de dotation de la décentralisation (FDD) au médecin chef de district			
		Mettre sur pied un observatoire des RH en santé			
		Définir une stratégie pour la résolution du déficit en spécialistes			
		Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation et en assurer le suivi évaluation			
Disparités dans le financement des activités sanitaires à différents échelons de la pyramide sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> Systématisation de l'utilisation du CDSMT comme outil de programmation et d'exécution budgétaire 	Arrimer le budget au CDSMT			
		Renforcer les capacités des responsables au CDSMT			
		Promouvoir l'appropriation du CDSMT comme cadre de programmation et d'exécution budgétaire			
		Mettre en place le comité (DPRS, DAGE, inspection interne, les partenaires au développement) chargé de l'arbitrage et suivi de l'exécution budgétaire			
		Mettre en place un système de validation des plans de travail annuels et un système d'arbitrage budgétaire avec des critères d'allocation des ressources			

GOUVERNANCE					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
		Assurer un financement basé sur les performances			
		Systématiser les contrats de performances			
		Systématiser les rapports de performances			
Non application des textes (1) existants (1)Textes organisant les services du Ministère et les organes de gestion Textes réglementaires à caractère normatif, portant sur les prestations Textes réglementant les relations avec les autres secteurs et organisations (conventions...)	<ul style="list-style-type: none"> Normalisation de la pratique médicale « privée » dans les établissements publics Respect strict des textes régissant l'ouverture et la gestion des dépôts pharmaceutiques et des marges bénéficiaires 	Renforcer les capacités opérationnelles de l'inspection des affaires administratives et financières			
		Publication par le Ministère de la santé d'un rapport annuel sur l'application des textes législatifs et réglementaires, des politiques, normes et protocoles (bilan du secteur basé sur une politique du résultat)			
Dysfonctionnements dans l'organisation et le fonctionnement du Ministère	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre effective des réformes entreprises au niveau du MSAS Restauration de l'autorité des responsables des services de santé 	Respect des normes d'organisation des services et unités administratifs (<i>critères de création des directions et divisions...</i>)			
		Signature du décret portant organisation et fonctionnement du Ministère			
		Elaboration systématique des arrêtés organisant les services du ministère			
		Anticiper l'élaboration du projet d'arrêté portant organisation et fonctionnement des directions régionales de la santé			
		Systématisation de la description des postes et profils, soutenue par l'élaboration de critères, pour une nomination pertinente aux postes de responsabilités			
		Culture du résultat à tous les niveaux du Ministère			
		Mise à concurrence de certains postes clés de responsabilités			
		Mise à disposition des manuels de procédures administratives, et des manuels de procédures financières et comptables) à l'échelle des services du Ministère			

GOUVERNANCE					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Système d'information peu performant	<ul style="list-style-type: none"> Production de données de qualité et mise à disposition à des fins de gestion 	Informatiser le système d'information sanitaire			
		Mettre en place un système d'archivage des informations sanitaires			
		Renforcer le système d'information sanitaire des hôpitaux			
		Mettre à disposition périodiquement un paquet d'informations sanitaires (<i>à définir</i>) à l'intention du public			
		Améliorer le système d'information en prenant en compte les préoccupations des autres secteurs (<i>privé, ONG, autres ministères, sous-systèmes d'information avec des programmes sectoriels...</i>)			
Participation communautaire dévoyée	<ul style="list-style-type: none"> Adoption et mise en œuvre des textes relatifs aux comités de développement sanitaire Application des dispositifs réglementaires et législatifs en vigueur 	Promouvoir la culture de rendre compte de toutes les activités sur le plan financier, matériel et humain par le renforcement des organisations de contrôle			
		Systématiser le contrôle de la gestion des comités de développement sanitaire			
		Mettre en place des mécanismes de contrôle du système avec un bureau d'information et de contrôle ainsi qu'un observatoire national des comportements			
		Systématiser les enquêtes de satisfaction au près des bénéficiaires et des usagers			
		Définir les modalités et mettre en place des mécanismes obligeant les mandataires à rendre compte à leurs mandants respectifs			
		Mettre en place les organes de gestion de ces comités de développement sanitaire et renforcer leurs capacités			
		Renforcer les compétences des collectivités locales pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans le processus de transfert de la compétence santé			

GOUVERNANCE					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Faible contrôle citoyen et manque de transparence dans la gestion des activités de santé	Implication effective des associations communautaires de base et de la presse dans la co-régulation de la santé	Mettre en place des mécanismes pour assurer une participation réelle des parties prenantes dans l'élaboration des plans opérationnels, l'allocation et la gestion des ressources			
		Réactiver le principe de la caisse unique			
		Appliquer la convention hospitalo-universitaire			
		Développer une stratégie de communication et de concertation avec tous les acteurs			
		Rendre publiques les délibérations des conseils d'administration			
Secteur privé et médecine traditionnelle faiblement connectés au système global de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Implication effective du Secteur privé dans la mise en œuvre de la politique de santé • Responsabilisation sociétale du secteur privé • Implication effective du secteur privé dans la prise en charge de la demande sociale en matière de santé • Définition d'un cadre réglementaire de la médecine traditionnelle 	Mettre en place des mécanismes de partage des informations sanitaires, techniques et RH du secteur privé			
		Mettre en place un cadre de concertation pour des échanges et une meilleure synergie des actions			
		Renforcer le partenariat entre les ministères techniques notamment entre le ministère du travail et le ministère de la santé			
		Définir la Responsabilité Sociétale d'entreprise du secteur privé pour le développement d'innovations sociales dans son environnement			
		Faire participer le patronat dans la prise en charge des problèmes de santé des employés au niveau de l'entreprise			
		Faciliter la mise en place de fonds de garantie pour les mutuelles et les IPM ainsi que les fonds d'équité et la coassurance.			
		Mettre à la disposition des différents acteurs du PPP le document de la politique de contractualisation dans le domaine de la santé ainsi que le guide d'opérationnalisation dudit document			
		Appliquer strictement la réglementation des cliniques et des cabinets privés			
		Définir les droits, devoirs et responsabilités des tradipraticiens en tant que dispensateurs de soins de santé et les intégrer dans le système de santé			
		Réglementer l'exercice de la médecine traditionnelle dans le but de protéger les populations et de combattre le charlatanisme			

ACTION SOCIALE					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Absence d'un cadrage macro social pour la mise en cohérence et l'organisation du secteur	<ul style="list-style-type: none"> Orientation de la vision stratégique du secteur pour les catégories sociales défavorisées. Mise en cohérence des structures de gestion de l'action sociale. Elargissement de la protection sociale au monde rural et au secteur informel 	Confier à une structure unique la stratégie nationale de gestion du développement social			
		Regrouper l'ensemble des fonds qui ont trait au développement social au niveau cette structure unique			
		Mettre en place un système de taxation pour financer l'action sociale (alcool, tabac, redevance téléphonique)			
		Développer les capacités des personnes défavorisées pour leur permettre d'entreprendre et de gérer des activités génératrices de revenus			
		Faciliter l'accès au financement et autres facteurs de production aux personnes défavorisées dans un cadre de mutualisation			
		Faciliter l'accès à l'emploi aux personnes défavorisées (application de la loi d'orientation sociale)			
		Mettre en place un système de protection sociale universelle			
		Elaborer et mettre en œuvre une charte de bonne gouvernance			
Absence d'un programme de formation continue des professionnels de l'action sociale	<ul style="list-style-type: none"> Mise en cohérence des curricula de formation pour un travail social efficace adapté à l'environnement social 	Actualiser et harmoniser les programmes de formation dans le domaine du travail social			
		Adopter un plan de recrutement des travailleurs sociaux pour prendre en charge les problèmes émergents			
		Adopter et mettre en œuvre un plan de formation continue des travailleurs sociaux			
Dynamique partenariale insuffisante au niveau local	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la coordination des interventions au niveau local dans le domaine de l'Action Sociale Développer le partenariat avec toutes les entités intervenant dans le développement social au niveau local Mettre en cohérence toutes les interventions locales avec celles au niveau supérieur (régional, départemental et national) 	Définir un programme d'actions concertées unique au niveau local			
		Mettre en place un cadre unique de coordination au niveau local/plate forme de concertation			
		Définir un mécanisme unique de suivi évaluation au niveau local en relation avec le niveau régional, départemental et national			
		Identifier tous les intervenants dans le domaine social au niveau local			
		Définir un cadre de partenariat de co-construction au niveau local			
		Renforcer les capacités de tous les acteurs intervenant dans le domaine social au niveau local			
		Adopter un processus de planification cohérent avec la participation de toutes les parties prenantes			

ACTION SOCIALE					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Absence des stratégies nationales de protection de l'Enfant, de promotion et de protection des personnes handicapées, et de protection des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> Adoption et mise en œuvre d'une stratégie de protection de la famille, de l'enfance, des personnes handicapées et des personnes âgées 	Adopter la stratégie nationale de protection de l'Enfant			
		Adopter le Code de l'Enfant			
		Placer la famille et les communautés au centre du dispositif de protection des droits de l'enfant.			
		Mettre la famille et la communauté au cœur de la stratégie de protection de l'enfant			
		Adopter la stratégie nationale de protection pour les personnes handicapées			
		Approvisionner le Fonds d'appui aux personnes handicapées			
		Assurer un meilleur ciblage des bénéficiaires du plan sésame, une mise en cohérence et une rationalisation avec les autres systèmes de prise en charge des personnes âgées			
		Développer une dynamique inclusive qui place la famille et la communauté comme intervenants de première ligne dans toutes les actions destinées aux enfants, aux personnes handicapées et aux personnes âgées, par la mise en place de programmes d'actions concertées au niveau local			
		Elaborer et adopter une loi d'orientation familiale			
		Rendre effectif le dispositif des bourses de sécurité familiale			
		Rendre disponible la carte d'égalité des chances			
		Modifier le décret 2012- 1038 du 02 octobre 2012 relatif aux commissions technique et de l'éducation spéciale pour mettre en place une seule commission à compétence générale en matière de handicap par département territorial			
		Elaborer et adopter la stratégie nationale de protection des personnes âgées			
		Assurer le financement des programmes destinés aux personnes âgées à travers la Caisse autonome de protection sociale universelle			

ACTION SOCIALE					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Modes de financement inappropriés (subvention)	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de modes de financement efficaces et durables et appropriés 	Privilégier les techniques de fiscalisation, en lieu et place des techniques de budgétisation pour le financement de la solidarité nationale et des programmes d'intervention			
		Adopter des systèmes de financements directs (bourses sociales et accès au crédit)			
		Réduire les coûts des appareils et des médicaments destinés aux personnes handicapés			
		Faciliter l'accès aux soins de santé pour les groupes vulnérables (ex: albinos)			
Centralisation des moyens d'intervention qui rend peu ou pas opérationnelles les structures déconcentrées et décentralisées	<ul style="list-style-type: none"> Accessibilité géographique des structures de l'action sociale Dotation conséquente des structures en ressources humaines, matérielles et financières 	Construire dans chaque collectivité locale un centre de promotion et de réinsertion sociale (CPRS)			
		Rénover et équiper les CPRS existants			
		Doter les CPRS de moyens humains, matériels et financiers conséquents			
Limites des politiques publiques sectorielles en matière de gestion des sinistres, catastrophes et calamités naturelles	<ul style="list-style-type: none"> Application effective des politiques de prévention en matière de gestion des sinistres, catastrophes et calamités naturelles Adoption et mise en œuvre d'une stratégie de gestion concertée des sinistres, catastrophes et calamités naturelles 	Elaborer une stratégie d'intervention pour la prise en charge des victimes des sinistres, catastrophes et calamités naturelles			
		Définir par un partenariat de co-construction avec les communautés et collectivités locales, une stratégie d'intervention rapide			
		Rétablir et augmenter la ligne de crédit destinée à la gestion des sinistres au niveau de la DGAS			
		Promouvoir l'accès à l'habitat social pour les familles défavorisées			
		Veiller à l'application effective des dispositions législatives et réglementaires			
Absence d'une banque de données et de mécanismes de suivi-évaluation des programmes et opérations de lutte contre la pauvreté	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de statistiques fiables dans les domaines de l'action sociale Existence d'indicateurs de suivi et d'évaluation de l'action sociale 	Rendre disponible les outils de collecte à tous les niveaux de la pyramide			
		Former le personnel à utiliser le système d'information et de gestion (SIG)			
		Elaborer et adopter des indicateurs de suivi évaluation des programmes sociaux			
		Mener des enquêtes de satisfaction des usagers et des bénéficiaires des programmes sociaux Evaluer le niveau d'atteinte des indicateurs			

OFFRE DE SOINS					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Manque d'institutionnalisation forte de la carte sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement institutionnel de la gestion au quotidien de la carte sanitaire Révision et réactualisation de la carte sanitaire en rendant sa référence obligatoire pour tout projet de construction, d'érection, d'équipements de transformation ou d'introduction de paquets de services dans le système de santé 	Créer une structure (qui pourrait être au moins une division) chargée de la carte sanitaire.			
		Créer un comité de validation de l'introduction et du retrait des paquets de soins			
		Créer un Haut Conseil de la Santé.			
Carte sanitaire 2009-2013 non observée par les acteurs.	<ul style="list-style-type: none"> Instauration de la culture du recours à la carte sanitaire par les PTF et les donateurs (association d'émigrés,...) pour tout projet relatif à l'offre de service de santé et d'action sociale. Carte sanitaire, entrepôt de tous les besoins du système de santé. Fédération et consensus des acteurs en cas de création de nouvelles structures sanitaires ou de nouveaux districts sanitaires. 	Former les autorités administratives, les élus locaux, les hommes politiques, les agents de santé et d'action sociale sur les principes, missions, objectifs d'une carte sanitaire et sur les conséquences d'un non-respect.			
		Prendre une loi pour fixer la carte sanitaire 2014-2018.		X	
		Impliquer les collectivités locales, des associations d'émigrés, et des départements ministériels dans l'élaboration et la mise en œuvre de la carte sanitaire.			
Carte sanitaire 2009-2013 insuffisamment partagée et diffusée. Absence de Système d'Information Géographique	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place de cartes régionales regroupant tous les acteurs. Implication des collectivités locales, des associations d'émigrés, et des départements ministériels dans l'élaboration et la mise en œuvre de la carte sanitaire Un Système d'Information Géographique Santé décentralisé jusqu'au niveau district. 	Organiser des ateliers de partage et de diffusion des projections de la carte sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en y impliquant tous les acteurs.			
		Organiser chaque année une journée de partage avec la presse pour présenter les résultats des mises à jour annuelles.			
		Créer un géo portail pour mettre en ligne les informations utiles pour les usagers			
Insuffisance du volet planification opérationnelle de la satisfaction des besoins.	<ul style="list-style-type: none"> Synchronisation entre activités à inscrire dans le CDSMT et les PTA avec les besoins identifiés par la carte sanitaire et sociale. Mise en place de cartes régionales regroupant tous les acteurs. Implication des collectivités locales, des associations d'émigrés, et des départements ministériels dans l'élaboration et la mise en œuvre de la carte sanitaire. 	Mettre en place un Système d'Information Géographique Santé.			
		Exiger des centres de responsabilité de s'inspirer des besoins de la carte sanitaire et sociale pour le renseignement du CDSMT et des PTA dans leur volet offre de service.	X		
		Encourager les collectivités locales à partir de la carte sanitaire et sociale pour inscrire les activités relatives à l'offre de service des POCL.		X	
		Prioriser les besoins auprès l'élaboration de la carte sanitaire et sociale 2014-2018.			

OFFRE DE SOINS					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Déficit de structures de santé	<ul style="list-style-type: none"> Couverture géographique insuffisante des structures sanitaires. Absence de cadre intersectoriel de planification entre le MSAS et les autres départements ministériels concernés par la carte sanitaire. 	Accessibilité aux services de soins demandés dans des distances acceptables pour tout habitant.			
		Mutualisation des hôpitaux régionaux du fait de leur proximité			
		Identification exhaustive de l'offre de service du secteur privé			
		Systématisation du partenariat Privé/public dans la prise en charge médicale et psychosociale des patients.			
		Intégration dans la carte sanitaire et sociale, des prévisions des autres départements ministériels en termes d'équipements d'aide au diagnostic, d'implantation de nouvelles structures sanitaires, d'affectation de ressources humaines.			
Inaccessibilité de certains soins pour des raisons socio culturelles.	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation optimale des services de soins par toutes les communautés, ethnies sénégalaises. Suppression de tous les préjugés des communautés réfractaires aux soins médicaux. 	Renforcer les services sociaux des structures sanitaires en moyens financiers, logistiques et humains.			
		Responsabiliser les communautés dans la prise de décisions.			
		Impliquer les collectivités locales, les associations d'émigrés, et les départements ministériels dans l'élaboration et la mise en œuvre de la carte sanitaire.			
Recours important à la médecine traditionnelle	<ul style="list-style-type: none"> Implication des tradipraticiens dans les IBC Collaboration avec les agents de santé Vulgarisation des expériences positives Promotion de la phytothérapie 	Voter et adopter le projet de loi sur la médecine traditionnelle. En se référant en phytothérapie.		X	
		Mettre en œuvre le plan stratégique pour la promotion de la médecine traditionnelle			
		Finaliser les textes relatifs à l'enregistrement des médicaments traditionnels améliorés			
		Renforcer les services sociaux des structures sanitaires en moyens financiers, logistiques et humains.			
Coûts élevés des services y compris les soins spécialisés et autres à soins coûteux.	<ul style="list-style-type: none"> Organisation des prestataires de qualité au moindre coût. Mise en place d'un mécanisme de financement qui garantit l'accès équitable à des soins de qualité. Mutualisation des hôpitaux régionaux du fait de leur proximité. Généralisation de la tarification au forfait. 	Mettre en place des procédures de fonctionnement pour établir l'autorité du SAMU National dans l'attribution de places d'hospitalisation en fonction des spécialités et des plateaux techniques des hôpitaux.			
		Instaurer une tarification unique des actes et des soins au niveau des EPS.			
		Prendre des directives allant dans le sens de la gratuité des analyses de selles pour la confirmation du choléra et de la shigellose			
		Se référer aux recommandations du groupe thématique sur la couverture médicale universelle.			

OFFRE DE SOINS					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Insuffisance de la qualité de l'accueil et de la communication entre soignants et soignés	<ul style="list-style-type: none"> • Respect strict des horaires de travail et systématisation des gardes et de l'astreinte. • Renforcement du partenariat Privé/public dans la prise en charge médicale et psychosociale des patients 	Assurer systématiquement, à l'accueil, la prise en charge des premiers soins pour les cas urgents.	X		
		Promouvoir un système d'accueil et d'orientation efficace dans les Etablissements Publics de Santé et respect strict de la Charte du malade			
		Vulgariser la charte du malade auprès des populations.			
Problème de continuité des prestations au cours de la journée dans les EPS Méconnaissance des limites géographiques de la zone de desserte des structures sanitaires surtout lors des campagnes de vaccination et autres.	<ul style="list-style-type: none"> • Respect strict des horaires de travail et systématisation des gardes et de l'astreinte • Maîtrise complète des espaces sanitaires (limites géographiques, localisation des structures sanitaires à l'intérieur de ces espaces). 	Faire respecter par les prestataires de santé des hôpitaux les horaires de travail conformément aux exigences du code du travail.	X		
		Assurer systématiquement à l'accueil, la prise en charge des premiers soins pour les cas urgents.			
		Mettre en place un Système d'Information Géographique Santé pour entre autres géo référencer les zones de responsabilité de toutes les structures sanitaires. Court terme			
		Créer les districts sanitaires en respectant les besoins identifiés dans la carte sanitaire et sociale. Court terme			
		Géo référencé (cartographie) de toutes les structures sanitaires et de toutes les zones de responsabilité			
Inégalité dans la disponibilité des paquets de soins offerts par des structures hospitalières de même niveau. Non disponibilité permanente des paquets de soins faute de ressources humaines qualifiées.	<ul style="list-style-type: none"> • Respect par tous des paquets de soins normés pour chaque catégorie de structure sanitaire hospitalière. • Mutualisation des hôpitaux régionaux en fonction de leur proximité • Identification exhaustive de l'offre de service du secteur privé • Renforcement du partenariat Privé/public dans la prise en charge médicale et psychosociale des patients 	Elaborer la carte 2014-2018 à partir des paquets de soins actualisés par la commission Offre de service en santé.	X		
		Prendre une loi pour fixer la carte sanitaire et sociale 2014-2018.		X	
		Appliquer la régionalisation des postes budgétaires de spécialistes au niveau des EPS de région. MT		X	
		Institutionnaliser l'engagement quinquennal signé par les prestataires spécialisés ayant bénéficié d'une bourse			
		Utiliser les moyens de la télémédecine			
Insuffisance du plateau technique pour certaines spécialités médicales et chirurgicales lourdes.	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation harmonieuse sur le territoire national de pôles fonctionnels et accessibles pour les spécialités médicales et chirurgicales lourdes. 	Créer de véritables pôles d'excellence pour certaines spécialités (grands brûlés, cancérologie, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, neurochirurgie...).			
		Mettre en place des critères objectifs de choix des agents chargés de mener les supervisions.			

OFFRE DE SOINS					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Supervision des activités sanitaires par un personnel pas suffisamment formé.	<ul style="list-style-type: none"> Supervision menée par des agents compétents. Implantation harmonieuse sur le territoire national de pôles fonctionnels et accessibles pour les spécialités médicales et chirurgicales lourdes. Supervision menée par des agents compétents. 	Standardiser les outils de supervision (ordinogrammes et instructions).			
		Créer de véritables pôles d'excellence pour certaines spécialités (grands brûlés, cancérologie, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, neurochirurgie...).			
		Mettre en place des critères objectifs de choix des agents chargés de mener les supervisions.			
		Standardiser les outils de supervision (ordinogrammes et instructions).			
Non application systématique des protocoles par le personnel soignant	<ul style="list-style-type: none"> Suivi et application des protocoles 	Instaurer les audits médicaux.			
		Appliquer les protocoles thérapeutiques qui ont été élaborés.			
Insuffisance de personnel qualifié. Répartition inadéquate du personnel	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité en nombre et en qualité du personnel qualifié. Renforcement du partenariat Privé/public dans la prise en charge médicale et psychosociale des patients Mutualisation des hôpitaux régionaux en fonction de leur proximité Maillage territorial adéquat des ressources humaines qualifiées. 	Offrir davantage de bourses pour la formation du personnel médical et paramédical dans des spécialités en manque dans les structures sanitaires.			
		Créer à l'ENDSS du corps des Infirmiers de blocs opératoires diplômés d'Etat (IBODE).			
		Fixer le personnel par une décentralisation des postes budgétaires			
		Respecter les besoins identifiés par la carte sanitaire			
		Redéployer le personnel en sur nombre vers d'autres structures déficitaires			
Formation, recrutements et affectations des ressources humaines qualifiées ne sont pas élaborés en fonction des besoins identifiés par la carte sanitaire et sociale.	<ul style="list-style-type: none"> Mutualisation des hôpitaux régionaux en fonction de leur proximité Articulation parfaite entre la formation, le recrutement et les affectations des ressources humaines. Contrôle strict et permanent de la qualité de la formation des écoles du personnel médical et paramédical. 	Se référer aux besoins identifiés par la carte sanitaire pour planifier la formation, le recrutement et les affectations.			

OFFRE DE SOINS					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Insuffisance des mesures incitatives pour attirer et fixer le personnel médical et para médical spécialisés dans les régions périphériques.	<ul style="list-style-type: none"> Maintien du personnel médical et paramédical spécialisé dans certaines régions périphériques 	Appliquer les mesures incitatives élaborées dans le PNDRHS pour fixer le personnel dans les zones dites difficiles. Moyen terme.			
		Elaborer un plan d'accompagnement social pour le personnel médical et paramédical affecté dans des zones difficiles.			
Non respect des normes de construction des infrastructures sanitaires à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Inexistence de normes concernant les équipements d'aide au diagnostic pour les niveaux EPS1, EPS2 et EPS3.	<ul style="list-style-type: none"> Mise en normes de toutes les structures sanitaires en matière de construction d'infrastructures. Elaboration de normes consensuelles et adaptées aux différents niveaux des EPS 	Soumettre préalablement à la DIEM les cahiers de charge des marchés des équipements médicaux.			
		Elaborer un plan de reconstruction/réhabilitation et de remise à niveau des plateaux techniques conformes aux normes standards			
		Mettre en place un comité médico technique pour l'élaboration des normes des équipements d'aide au diagnostic.			
Achat d'équipements d'aide au diagnostic inadaptés ou incomplet. Dons en matériels médicaux souvent inadaptés.	<ul style="list-style-type: none"> Implication de la DIEM dans tous les processus d'acquisition de matériels de diagnostic. Implication de la DIEM et de tous les autres acteurs concernés avant toute acceptation de proposition de dons. Tout don répondant à un besoin clairement identifié ou relevant de ceux de la carte sanitaire. 	Soumettre préalablement à la DIEM les cahiers de charge des marchés des équipements médicaux.	X		
		Créer un comité de validation préalable de tous les dons d'équipements médicaux.	X		
Absence de contrat de maintenance entre les structures hospitalières et leurs fournisseurs.	<ul style="list-style-type: none"> Systématisation de la signature de contrat de maintenance avec les fournisseurs si les techniciens de la structure hospitalière n'en sont pas capables. 	Inciter les structures hospitalières à signer des contrats de maintenance avec les fournisseurs.	X		
		Réserver au minimum 3% du budget global de l'établissement à la maintenance.	X		
		Elaborer un plan d'acquisition et de renouvellement des équipements médicaux pour chaque EPS.	X		

OFFRE DE SOINS					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Pannes répétitives des équipements d'aide au diagnostic.	<ul style="list-style-type: none"> Mutualisation des moyens de maintenance des hôpitaux régionaux en fonction de leur proximité. 	Contractualiser avec les structures sanitaires privées pour faciliter l'utilisation de leurs équipements d'aide au diagnostic par les usagers.	X		
		Créer des unités de maintenance communes et fonctionnelles pour plusieurs hôpitaux.	X		
Non maîtrise des besoins en médicaments des structures sanitaires. Utilisation irrationnelle des médicaments.	<ul style="list-style-type: none"> Production à temps de rapports d'activités en mesure de donner les besoins en médicaments. Rationalisation de l'utilisation des médicaments par tous les acteurs 	Informatiser le Système d'Information Sanitaire (à mettre en ligne) en prenant en compte le volet médicament.	X		
		Résoudre de manière définitive la rétention des données.	X		
		Demander aux praticiens de santé prescripteurs d'ordonnance de tenir en compte la nécessité de rationaliser l'utilisation des médicaments. CT	X		
Usage fréquent des médicaments de la rue et inefficacité des stratégies initiées pour lutter contre les médicaments de la rue.	<ul style="list-style-type: none"> Elimination des médicaments de la rue Production à temps de rapports d'activités en mesure de donner les besoins en médicaments. Rationalisation de l'utilisation des médicaments par tous les acteurs 	Appliquer la législation interdisant la vente des médicaments en dehors des pharmacies, et celle régissant l'importation et la fabrication. MT		X	
		Informatiser le Système d'Information Sanitaire (à mettre en ligne) en prenant en compte le volet médicament.	X		
		Résoudre de manière définitive la rétention des données.	X		
		Demander aux praticiens de santé prescripteurs d'ordonnance de tenir en compte la nécessité de rationaliser l'utilisation des médicaments.	X		
Faiblesse dans l'inspection et le contrôle des médicaments : seuls 2 inspecteurs en pharmacie ont été recensés au niveau national. Rupture de stock de médicaments et d'intrants.	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la couverture en inspecteurs de pharmacie pour un meilleur contrôle Disponibilité permanente des médicaments et consommables médicaux et non médicaux 	Offrir des bourses d'étude pour la formation des inspecteurs en pharmacie.	X		
		Ouvrir une filière de formation en inspection pharmaceutique à Dakar.		X	
		Accorder à la PNA, pour faire face à la lourdeur du code des marchés, des procédures allégées.		X	
		Assurer une meilleure application des règles et normes de gestion au niveau des dépôts régionaux, des districts et des centres de santé.	X		
		Créer dans chaque région un Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS), dans chaque EPS1 un poste de transfusion Sanguine (PTS), dans chaque Centre de Santé de Référence (CSR) un dépôt.	X		
		Créer un dispositif national d'approvisionnement pérenne des structures en intrants de laboratoire.	X		

OFFRE DE SOINS					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Production locale insuffisante de Médicaments Essentiels Génériques (M.E.G) national.	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la capacité de production locale de M.E.G 	Favoriser la création d'unité locale de production de M.E.G.	X		
Retard de mise en place des allocations budgétaires destinées à la santé et allouées aux collectivités locales.	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la maîtrise par l'ECD du financement au fonctionnement des districts 	Assurer une allocation régulière du budget des collectivités locales.		X	
		Assurer un bon usage de ces fonds par les structures sanitaires réceptrices.	X		
Insuffisance de la part du budget de l'hôpital allouée à certaines spécialités médicales et chirurgicales	<ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnement satisfaisant de tous services des hôpitaux. 	Augmenter substantiellement la part du budget de l'hôpital qui revient à certaines spécialités.	X		
Difficultés à mesurer la rentabilité du service social en l'absence d'un système de suivi évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un bon dispositif de suivi évaluation intégré dans le Système d'Information Sanitaire. 	Actualiser les outils de gestion du service social des structures sanitaires.	X		
		Rendre disponible les outils de gestion actualisés auprès de tous les services sociaux des hôpitaux, des régions médicales et districts sanitaires.	X		
		Intégrer les indicateurs du service social des structures sanitaires dans le Système National de l'Information Sanitaire.	X		
Sous utilisation des ressources humaines. Inefficacités des stratégies de prise en charge des cas sociaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriation par les acteurs (MCR, MCD, Directeur d'EPS, Directeur et chefs de service nationaux,...) des missions d'un service social en milieu de santé. • Utilisation satisfaisante des assistants et aides sociaux. • Mise en place de politiques et stratégies adaptées et inclusives en parfaite harmonie avec les exigences financières et le critère qualité des soins de qualité pour tous les citoyens. • Respect des textes législatifs et réglementaires régissant le service social. 	Attribuer aux assistants et aides sociaux toutes les fonctions qui leur reviennent.	X		
		Augmenter et sécuriser les fonds alloués au service social par l'EPS hospitalier et non hospitalier.	X		
		Augmenter jusqu'à 20% la part réservée au service social sur les recettes des tickets des centres de santé.	X		

OFFRE DE SOINS					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Document de politique nationale de contractualisation existe mais n'est pas actualisé.	<ul style="list-style-type: none"> Actualisation du document de politique nationale de contractualisation en impliquant tous les acteurs. 	Mettre à jour le document de politique nationale de contractualisation.			
Absence de suivi évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de moyens de suivi évaluation du PPP. 	Mettre en place des outils de mesures du suivi, évaluation du PPP. CT	X		
Partenariat Privé/Public (PPP) insuffisamment appliqué.	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre du Partenariat Privé/Public. Disponibilité de moyens de suivi évaluation du PPP. 	Recourir au PPP en cas de besoin.	X		
		Mettre en place des outils de mesures du suivi, évaluation du PPP. CT contractualisation.	X		
Incomplétude des données sanitaires du secteur privé.	<ul style="list-style-type: none"> Respect du cahier de charge par toutes les structures sanitaires privées. Disponibilité de données sanitaires de qualité en provenance du secteur privé. 	Assurer la complétude de l'information sanitaire du privé.	X		
Manuel national de stratégie sur la Référence et la Contre Référence (RCR) existe depuis 2006 mais n'est pas actualisé.	<ul style="list-style-type: none"> Actualisation du manuel R.C.R en impliquant tous les acteurs. Appropriation du manuel RCR de tous les acteurs. 	Mettre à jour et vulgariser le manuel R.C.R.	X		
Dispositif de mise en œuvre de la R.C.R n'est pas en place. Absence de Suivi Evaluation de la RCR.	<ul style="list-style-type: none"> Opérationnalisation du dispositif de mise en œuvre Disponibilité de moyens de suivi évaluation de la R.C.R 	Mettre en place un dispositif à chaque niveau.	X		
		Mettre en place des outils de mesures du suivi, évaluation de la R.C.R.	X		
Inadaptation du cadre réglementaire entre le MSAS, le MESRS et institutions d'enseignement en santé.	<ul style="list-style-type: none"> Adaptation de tous les textes régissant le personnel enseignant, le CHU et le MSAS. 	Veiller à une bonne harmonisation entre tous les tous les textes (anciens, actuels et à venir). CT	X		
Insuffisance de la motivation des Acteurs Communautaires (ASC) Absence de collaboration entre les tradipraticiens et les agents de santé	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un système de motivation des AC par les Collectivités Locales (C.L). Intégration des tradipraticiens comme AC 	Inscrire une ligne de crédit dans les budgets des C.L.		X	
		Orienter les tradipraticiens sur la reconnaissance des signes de danger des affections prioritaires et le recours précoce.	X		

OFFRE DE SOINS					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Insuffisance de la motivation des Acteurs Communautaires (ASC)	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un système de motivation des AC par les Collectivités Locales (C.L). 	Inscrire une ligne de crédit dans les budgets des C.L.		X	

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Faible taux de pénétration des mutuelles de santé dans la population cible <ul style="list-style-type: none"> Faible gouvernance des mutuelles de santé Faible niveau d'adhésion et déperdition des membres Faiblesse des taux de cotisation et des prestations offertes Faible appui de l'Etat et des collectivités locales 	<ul style="list-style-type: none"> Extension de la couverture du risque maladie aux acteurs du secteur informel et rural à travers les mutuelles de santé ; Professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé ; Existence de mécanismes financiers et réglementaires d'appui au développement des mutuelles de santé. 	Mettre en place des mécanismes financiers et réglementaires incitatifs (fonds national de solidarité santé, CAPSU, fonds de garantie, office national de la mutualité de santé)	X		
		Appuyer le développement d'organisations mutualistes au sein des groupes organisés (associations, organisations socio professionnelles, institutions de micro finance) plus particulièrement dans le secteur informel et rural	X		
		Etendre la couverture maladie aux acteurs du secteur informel, rural et agricole à travers les mutuelles de santé		X	
		Etendre la mise en place des unions de mutuelles régionales, départementales et locales sur toute l'étendue du territoire national		X	
		Mettre en place un système harmonisé de ciblage des indigents		X	
		Mettre en place un cadre administratif de coordination des mécanismes de prise en charge de la couverture du risque maladie (MSAS, MEF, MFPTRI, DGPSSN, COL, LOC PTF Organisations mutualistes Organisations socio culturelles Associations IMF)			X
		Promouvoir le système des mutuelles complémentaires dans les secteurs public et privé	X		
		Mettre en place une plateforme commune de gestion des mutuelles complémentaires	X		
		Systématiser l'adhésion aux mutuelles complémentaires		X	
		Mettre en place des mesures incitatives pour maintenir les adhérents		X	
		Mettre en place des unions de mutuelles complémentaires au moins par corps ou par secteur		X	
		Mettre en place un cadre administratif de coordination des mécanismes de prise en charge de la couverture du risque maladie (MFPTRI MSAS DGPSSN MEF Organisations patronales Organisations syndicales de travailleurs PTF)			X

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
Non-respect et obsolescence des textes régissant l'assurance maladie obligatoire : les IPM <ul style="list-style-type: none"> Faiblesse dans la gouvernance et la gestion Insuffisance de l'équité verticale La fragmentation du dispositif d'assurance maladie obligatoire Non-respect de la pyramide sanitaire par les participants Renchérissment des dépenses lié aux nouvelles technologies Non-respect de la nomenclature des actes 	<ul style="list-style-type: none"> Equilibre financier des IPM Renforcement de la gouvernance des IPM Insertion des travailleurs saisonniers journaliers et des travailleurs du secteur informel dans les régimes existants appropriés Elargissement de l'agrément de l'imputation budgétaire aux structures privées et extension du paquet de prestations aux médicaments Extension de la prise en charge aux ascendants au premier degré Couverture intégrale des fonctionnaires retraités 	Assurance maladie obligatoire			
		Mettre en œuvre la réforme de l'assurance maladie obligatoire qui est en cours, objet du décret 2012-832 du 07 août 2012	X		
		Mettre en place le fonds de garantie et de solidarité des IPM	X		
		Mettre en place l'IPM inter entreprise des travailleurs non permanents dans le cadre de l'extension	X		
		Prendre en charge des ascendants au premier degré	X		
		Mettre en place un cadre administratif de coordination des mécanismes de prise en charge de la couverture du risque maladie (MFPTRI , DGPSSN, MEF, MSAS, Organisations patronales, Organisations syndicales de travailleurs, Institutions de prévoyance sociale PTF)	X		
L'insuffisance de la prise en charge des agents de l'Etat par l'imputation budgétaire <ul style="list-style-type: none"> Absence de prise en charge des médicaments par l'imputation budgétaire Insuffisance des structures agréées par l'imputation budgétaire (cliniques et laboratoires d'analyse privés) 		Imputations budgétaires			
		Prendre en charge les médicaments à hauteur de 50% (Etat)	X		
		Déconcentrer le centre médico-social des fonctionnaires au niveau de toutes les régions	X		
		Etendre l'agrément de l'imputation budgétaire aux structures privées	X		
		Relever l'âge limite de prise en charge des enfants à 25 ans	X		
		Assurer la couverture totale des fonctionnaires retraités par l'imputation budgétaire		X	

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE					
Problèmes	Défis	Recommandations	CT	MT	LT
<ul style="list-style-type: none"> Non-acceptation de l'imputation budgétaire par certaines structures publiques notamment pour certaines prestations de spécialité (imagerie) 		Mise en place d'un cadre administratif de coordination des mécanismes de prise en charge de la couverture du risque maladie (MEF MFPTRI MSAS Partenaires sociaux)		X	
Insuffisance de la prise en charge médicale des indigents et groupes vulnérables <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance du budget alloué à la Direction de l'Action Sociale pour la prise en charge médicale des personnes défavorisées Insuffisance de la collaboration avec les services sociaux hospitaliers et les autres intervenants dans le domaine pour plus d'efficacité Les autres faiblesses sont liées au défaut de maillage du territoire national, qui entraîne l'exclusion des cas sociaux établis dans les 13 autres régions du pays et à la non application des tarifs préférentiels au niveau des hôpitaux pour les cas sociaux. 	Prise en charge des indigents et groupes vulnérables <ul style="list-style-type: none"> Renforcement des mécanismes existants et leur extension à d'autres groupes vulnérables 	Indigents et groupes vulnérables Regrouper les différents crédits destinés aux initiatives de gratuité dans un fonds de solidarité national	X		
		Accroître les ressources financières destinées aux initiatives de gratuité	X		
		Mettre en place un système d'information et de contrôle de la prise en charge médicale des indigents et groupes vulnérables	X		
		Etendre les initiatives de gratuité des soins à d'autres indigents et groupes vulnérables	X		
		Assurer la prise en charge des indigents et groupes vulnérables à travers les mutuelles	X		
		Evaluer les coûts des gratuités et planifier leur inscription dans le budget du MSAS	X		
		Mettre en place un cadre administratif de coordination des mécanismes de prise en charge de la couverture du risque maladie (MSAS, M. Famille, MEF, DGPSSN, Collectivités Locales, PTF)	X		

CONCLUSION

L'Etat du Sénégal a pris l'importante décision d'organiser les Concertations Nationales sur la Santé et l'Action sociale pour mieux maîtriser les problèmes complexes que connaît le secteur dans notre pays et déterminer les moyens de les résoudre.

En effet, les sociétés n'envisagent plus et n'abordent plus la santé de la même manière. La santé est devenue une responsabilité conjointe des pouvoirs publics, des entreprises, des collectivités et des citoyens. La santé détermine ce qui constitue une société prospère et une économie dynamique, ainsi que le bien-être de tout un chacun. Il faut en assurer avant tout une bonne gouvernance.

Il faut un financement optimal, une bonne politique de prévention y compris un contrôle des déterminants sociaux et une offre de service de qualité.

Dans ce contexte, la mise en place d'une couverture médicale universelle constitue une mesure phare qui contribuera à la démocratisation de l'accès aux soins pour tous les citoyens.

Pour atteindre ces objectifs, les groupes thématiques des concertations ont abouti aux conclusions suivantes :

1. **Synergie** qui intègre la collaboration entre les secteurs privé, public, la société civile et les Partenaires au développement à tous les niveaux et la nécessité d'adopter et de mettre en oeuvre les meilleures pratiques dans les différents domaines qui ont été développés au niveau national, régional et international.
2. **Multisectorialité**, conformément aux soins de santé primaire qui est le fondement de la politique de santé, ceci permet d'engager les différents secteurs, public/privé et communautaire devant être impliqués dans la résolution de santé et des problèmes connexes.
3. **Accessibilité** aux différents services de prévention, curatif et promotionnel de santé, aux populations, avec un accent particulier pour les groupes vulnérables. L'existence de politiques de prévention permet au système de s'adapter rapidement et d'anticiper les besoins futurs grâce à de meilleures prévisions, et la promotion de multiples interventions à grande échelle à fort ancrage local et communautaire,
4. **Respectueuse** des lois, règlements, normes et standards, de la charte du malade, ainsi que de l'autorité, et conformément aux règles de l'éthique, de la responsabilité, et de la justice sociale;
5. **Transparente** dans un souci de renforcement de la crédibilité du système et la confiance de toutes les parties impliquées. Elle est aussi un moyen d'accroître la mobilisation des ressources, leur allocation aux différentes activités, le contrôle de leur utilisation, et l'efficacité.
6. **Education**, des prestataires pour les rendre plus compétents et des populations pour un meilleur usage des services.

Cette éducation est essentielle pour accroître la performance et l'efficacité. Elle est aussi un paramètre fondamental à l'évaluation de tout le système à tous les niveaux.

Ces propositions sont le fruit d'un processus de consultation et de collaboration de hauts responsables du gouvernement, des experts de la santé, des représentants d'organisations internationales, d'autorités locales, ainsi que des usagers du système de santé.