

2400 1439

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

**MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES ET DU PLAN**

DIRECTION DE LA PLANIFICATION

**PROJET DE BILAN SECTORIEL DE
LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE**

I. CONTEXTE

La période du VIII^e Plan a été marquée dans le secteur de la santé par l'adoption en 1989 de la Déclaration de la Politique Nationale de Santé à la suite de la Déclaration d'Alma-Ata portant sur la stratégie des Soins de Santé Primaires.

La stratégie de cette politique repose sur un renforcement de la planification à la base par le découpage du territoire national en 45 districts sanitaires. Pour la mise en oeuvre des orientations définies dans ce cadre, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a élaboré des Plans Régionaux et Départementaux de Développement Sanitaires (PRDS et PDDS) sur la période 1991-1995.

Ainsi, en dépit d'une situation économique difficile, notre pays a pu mobiliser beaucoup d'efforts pour faire face à ce secteur essentiel caractérisé par une demande sociale de plus en plus croissante.

L'expérience de la planification décentralisée a permis d'accroître l'efficacité des actions sanitaires, d'améliorer la couverture en infrastructures de base et le drainage d'importantes ressources vers les régions et districts sanitaires. Ces ressources auront permis de compléter le dispositif sanitaire national par la construction, la rénovation et l'équipement de diverses infrastructures de base.

Cependant, l'impact de ces importantes réalisations sur la couverture sanitaire des populations a été amoindri par une insuffisance notoire du personnel de santé, l'importance des rigidités institutionnelles et l'insuffisante implication des structures pérennes du ministère dans la gestion des actions planifiées.

Toutefois, les indicateurs sanitaires s'améliorent progressivement. Notre pays se doit de poursuivre les efforts engagés, notamment en impliquant davantage le secteur privé et divers autres partenaires tant à l'extérieur qu'à l'intérieur.

II. LA POLITIQUE DU SECTEUR

II.1 Les grandes lignes de la politique du secteur

Durant la période de mise en oeuvre des PRDS/PDDS, les objectifs de la Déclaration de Politique Nationale de Santé peuvent être séparés en objectifs généraux et objectifs spécifiques.

II.1.1 Les Objectifs Généraux

1. Améliorer l'état de santé des populations ;
2. Améliorer les conditions socio-économiques des groupes vulnérables ;
3. Réduire la prévalence des fléaux sociaux.

II.1.2. Les Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- Améliorer la couverture sanitaire particulièrement en zone rurale et suburbaine ;
- Améliorer la santé de la mère et de l'enfant ;
- Développer les actions préventives et éducatives ;
- Rationaliser les actions curatives ;
- Rationaliser et développer les ressources humaines, matérielles et financières ;
- Maîtriser les variables démographiques.
- Promouvoir le bien-être des populations et réduire les inégalités sociales ;
- Restaurer les tissus traditionnels de solidarité ;
- Éliminer les fléaux sociaux (toxicomanies, délinquances, prostitution,...) et les maladies invalidantes ;
- Mettre en place des programmes de réinsertion socioprofessionnelle des handicapés et des populations victimes de marginalisation.

II.1.3. Les mesures et actions prévues

Pour la réalisation des objectifs définis ci-dessus, les mesures et actions suivantes ont été planifiées :

- Promotion de la participation des populations à l'effort de Santé ;
- Renforcement du système d'information, d'éducation et de communication par le développement des programmes et la diversification des canaux d'information ;

- Amélioration du système de production, d'approvisionnement et de distribution des médicaments et la rationalisation de leur utilisation ;
- Renforcement de la décentralisation et de la déconcentration par l'octroi de plus de responsabilités et de moyens aux districts sanitaires devenus les unités opérationnelles de base à la place des anciennes circonscriptions médicales ;
- Réorganisation du Ministère de la Santé ;
- Restructuration de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (P.N.A) ;
- Octroi de l'autonomie financière aux hôpitaux et aux autres structures sanitaires ;
- Définition d'un statut juridique pour les organisations de santé communautaire ;
- Révision des textes sur l'utilisation des fonds communautaires affectés à la santé ;
- Restructuration des établissements de formation sanitaire ;
- Promotion du bien-être des populations et le recul des inégalités sociales ;
- Restauration des tissus traditionnels de solidarité ;
- Participation de toutes les couches de la société à l'oeuvre de construction nationale ;
- Elimination des fléaux sociaux (toxicomanies, délinquances, prostitution,...) et des maladies invalidantes ;
- Réinsertion socio-professionnelle des handicapés et des populations victimes de marginalisation ;
- Assistance aux familles sans revenus, aux chômeurs, aux veuves sans ressources, aux sinistrés, aux rapatriés... par des secours en nature ou en espèces ;
- Prise en charge des personnes du 3^e âge dans les domaines de la santé, du logement et de l'amélioration de leurs revenus ;
- Promotion sociale des handicapés par l'appareillage et la réinsertion socio-professionnelle ;
- Assistance à l'enfance déshéritée par l'allocation d'aides aux enfants orphelins de pères indigents et la subvention des centres d'éducation non conventionnelle et des institutions d'accueil et d'hébergement pour enfants démunis ;
- Amélioration du cadre de vie des "talibés" et leur soustraction à la mendicité et à l'exode rural dans le cadre du projet "Enfants en situation particulièrement difficile".

II.2. Articulation avec les Orientations Stratégiques du IX^e Plan

La politique sectorielle de la santé et de l'action sociale trouve sa justification dans les Orientations Stratégiques du IX^em Plan d'Orientation Economique et Social 1996/2001. A ce titre, elle participe à la réalisation des orientations stratégiques ci-après:

- rendre le cadre réglementaire plus apte au développement des activités du secteur ;
- renforcer la dynamique d'intégration sous-régionale et la coopération internationale ;
- développer l'initiative privée et accompagner les mutations dans le domaine de l'auto-organisation ;
- améliorer la qualité des interventions de l'Etat dans la fourniture des services et infrastructures de base ;
- renforcer le développement et l'intégration des régions ;
- renforcer et faciliter l'accès à l'information et promouvoir la communication sociale ;
- poursuivre la mise en valeur des ressources humaines et atténuer les tendances démographiques défavorables.

III. LES RÉSULTATS OBTENUS

III.1. L'état de la couverture sanitaire

III.1.1 Les Infrastructures Sanitaires

Le Sénégal compte actuellement : 17 Hôpitaux dont 7 hôpitaux nationaux du CHU, un hôpital privé et 9 dans les régions ; 52 Centres de Santé situés pour l'essentiel au niveau des capitales départementales et de quelques communes ; 733 Postes de Santé ; 24 Cliniques privées ; 414 Cabinets privés ; 44 Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS) ; 551 Maternités rurales et 1170 Cases de Santé.

L'essentiel des hôpitaux (12 sur 17) est concentré dans les régions de Dakar (07) Saint-Louis (03) et Thiès (02) alors que les régions de Fatick et Kolda n'en disposent pas. Les régions de Ziguinchor et Kolda sont les moins fournies en centres de santé alors que la couverture en postes de santé est plus faible dans les régions de Louga, Kolda, et Fatick. L'essentiel des cliniques privées se situent à Dakar qui concentre également plus de 50% des cabinets privés. A cela s'ajoutent : 10 secteurs des grandes endémies ; un service national d'hygiène avec 10 brigades régionales et 30 sous-brigades départementales ; 66 centres de SMI/PF ; un centre national d'appareillage et d'orthopédie ; un centre

d'éducation et de réadaptation pour enfants handicapés physiques ; un centre national de transfusion sanguine.

Plusieurs structures sanitaires relèvent d'autres ministères dont 2 hôpitaux, 28 centres médico-sociaux, des infirmeries,...

Le secteur pharmaceutique public comprenant la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, 5 pharmacies régionales d'approvisionnement (à Dakar, Kaolack, Saint Louis, Tambacounda et Ziguinchor) et les dépôts de médicaments des structures sanitaires publiques. Pour le privé, on dénombre 3 unités de production de médicaments, 3 grossistes-répartiteurs, 245 officines de pharmacie et 225 dépôts de médicaments.

Tableau I : Répartition régionale des infrastructures sanitaires et sociales (secteurs public et privé)

Régions	Hôpital	Centre Santé	Poste de Santé	Clinique	Cabinet	CPRS	Mat rurale	Cases
Dakar	7	10	96	17	278	13	0	11
Diourbel	1	4	65	1	8	3	42	48
Fatick	0	6	56	0	5	6	43	124
Kaolack	1	4	64	2	22	3	51	362
Kolda	0	3	54	0	6	1	56	180
Louga	1	5	54	0	10	2	24	98
St Louis	3	4	122	3	11	2	53	65
Tamba	1	4	68	0	14	1	26	62
Thiès	2	9	84	1	43	10	36	87
Ziguinchor	1	3	70	0	17	3	220	133
TOTAL	17	52	733	24	414	44	551	1170

sources : statistiques sanitaires et démographiques 1994/1995 DHSP

La couverture sanitaire s'est dégradée pendant la dernière décennie. On est passé de 404.818 habitants par hôpital en 1988 à 465.510 en 1993. Durant cette dernière année, 152.185 personnes s'adressaient à un centre de santé contre 146.423 cinq ans plus tôt, soit plus de trois fois la norme préconisée par l'OMS. Seules les couvertures par poste de santé (1 pour 11.083 habitants en 1993) et par sage-femme (1 pour 5.190 femmes de 15 à 49 ans et enfants de 0 à 4 ans) se rapprochent des ratios recommandés par l'OMS (1 pour 10.000 et 1 pour 5.000 respectivement). Le rayon d'action moyen, qui renseigne sur l'accessibilité théorique d'un poste de santé, est de 9,3 km pour l'ensemble du pays avec de grandes disparités régionales, passant de 1,5 km à Dakar, à 15,5 km dans la région de Tambacounda.

Les infrastructures sanitaires et sociales sont assez vétustes et la pression exercée par la croissance démographique accélère leur dégradation. Le plateau technique de ces structures reste faible et peu fonctionnel. A cela s'ajoutent un mode d'organisation et de gestion inapproprié ainsi qu'un engorgement des structures hospitalières découlant essentiellement du non respect du système de référence et de la croissance démographique.

Les besoins se sont accrus à un rythme que n'a pu soutenir la croissance de l'offre comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau II : comparaison des indicateurs de couverture pour les années 80/88/94

ANNEES	1980	1988	1994
Population par hôpital	475.251	404.818	470.250
Population par centre de santé	150.079	146.423	153.730
Population par poste de santé	12.031	10.442	10.900
Population par médecin	13.842	16.908	12700

sources : MSP : Statistiques sanitaires et démographiques Années : 1980, 1988 et 1994.

Ainsi, après avoir subi une baisse entre 1980 et 1988, les rapports "population par infrastructure" sont en hausse continue depuis cette dernière date. Ceci est dû au fait que le nombre d'infrastructures a stagné ou a faiblement augmenté alors que la population a cru à un rythme de près de 3% par an.

En outre, la vétusté et le sous-équipement des structures demeurent préoccupants. Cependant, certains hôpitaux ont été rénovés et le volet sanitaire du Programme de Développement des Ressources Humaines (PDRH1) aide à mieux équiper les centres de santé de référence.

Depuis 1991, un nouveau système de maintenance est mis en place avec, au niveau central, une Division des Infrastructures, de l'équipement et de la Maintenance (D.I.E.M) et au niveau régional des Services Techniques de Maintenance (S.T.M).

Le personnel sanitaire est insuffisant par rapport aux normes en vigueur dans le secteur de la santé. En plus, les effectifs du Ministère de la Santé connaissent une baisse continue en passant entre 1989 et décembre 1994, de 5904 agents à 4.813 agents dont : 259 médecins ; 41 pharmaciens ; 28 chirurgiens-dentistes ; 265 techniciens supérieurs ; 612 sages-femmes d'Etat ; 919 infirmiers d'Etat ; 1069 agents sanitaires et 284 assistants et aides sociaux.

Cette baisse s'explique par le fait que, d'une part, l'Etat ne recrute plus depuis l'avènement des PAS et, d'autre part, les démissions, retraites, départs volontaires et décès ne font pas l'objet de remplacement. On constate donc un déficit notable de médecins par rapport à la norme de l'O.M.S qui est de 1 médecin pour 10.000 habitants. Pour les sages-femmes, la norme est de une pour 5000 femmes en

âge de procréer et enfants de 0 - 4 ans est presque atteinte. Le déficit est plus prononcé en ce qui concerne les pharmaciens, les chirurgiens - dentistes et les spécialistes.

Ainsi, le Ministère de la santé estime ses besoins actuels à 1934 agents dont : 216 spécialistes dans le domaine de la médecine, de la pharmacie et de la chirurgie dentaire; 731 Techniciens supérieurs et infirmiers d'Etat ; 895 agents d'hygiène et auxiliaires ; 21 Techniciens de maintenance et 92 Assistants et aides sociaux.

Le personnel sanitaire est également mal réparti. En effet, la quasi-totalité des spécialistes du privé comme du public - du CHU notamment - exerce à Dakar et les normes de personnels définies pour les différentes structures sont loin d'être atteintes. En effet, le Sénégal dispose d'un médecin pour 13500 habitants (1 médecin pour 10000 péconisé par l'OMS). En revanche, le Sénégal ne compte qu'un infirmier diplômé d'Etat pour 7565 habitants ce qui est nettement inférieur à ce que préconise l'OMS (1 pour 300). Cette situation entraîne un dysfonctionnement de la pyramide sanitaire et accentue les évacuations sur Dakar. Il en résulte un engorgement des structures de la capitale avec une baisse de la qualité des services et un délaissement des structures de référence régionales.

Tableau III : Répartition du Personnel par région et catégorie professionnelle (1994)

Cat SP	Dakar	Diourbe I	Fatick	Kaolack	Kolda	Louga	St- Louis	Tamba	Thiès	Zig
Méd Gén	263	10	7	13	8	12	23	11	28	12
Méd Sp	165	0	0	1	0	0	3	0	6	0
Chirug	16	1	0	1	0	0	5	0	1	1
Gynéco	10	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Radiol	5	0	0	1	0	0	2	0	1	0
Ophtal	4	0	0	1	0	0	3	0	0	0
Pédiatre	10	0	0	1	0	0	3	0	0	0
Chiru Dent	79	2	0	2	0	1	6	0	9	2
Pharmacie	121	13	5	14	5	8	20	6	21	7
TSO	21	7	5	7	3	5	8	6	11	3
IDE et AS	500	114	102	171	88	98	256	144	264	151
SFE	294	23	23	31	12	18	34	19	81	25
Ass et AS	20	6	11	6	2	4	7	4	9	13
TSS	16	14	4	7	3	8	13	5	17	5
S/O. H	34	14	10	18	9	11	18	8	21	14
Ag Hyg	72	15	10	23	8	15	24	17	27	16
Auxil d'Hy	39	19	11	19	12	21	11	20	16	13
Autres	978	69	16	76	15	230	175	33	154	66
TOTAL	2647	308	203	392	165	431	612	273	675	328

sources : statistiques sanitaires et démographiques 1994/1995 DHSP

Tableau IV : Couverture en personnels soignants (médecins, SFE et IDE) par région (1994)

REGIONS	Médecin/habitants	IDE et AS/ habitants	SFE/FAR
Dakar	3.952	3.739	1.358
DIOURBÉL	62.496	6.579	7.500
FATICK	81.241	5.575	5.687
KAOLACK	52.659	5.543	7.033
KOLDA	86.117	7.829	13.205
LOUGA	43.789	5.362	6.714
SAINT-LOUIS	18.712	2.924	5063
TAMBA	40.774	3.115	5.429
THIES	24.218	4.236	3.163
ZIGUINCHOR	35.910	3.092	4295
SENEGAL	12.700	4.307	3.283

sources : Plan National de Développement Sanitaire et Social 1997-2006

* FAR = Femmes en âge de Reproduction (15-49 ans)

Cette situation montre que l'effort à fournir en matière de recrutement et le redéploiement devra globalement bénéficier aux régions autres que Dakar surtout pour la catégorie des médecins pour laquelle Fatick et Kolda sont les plus défavorisées.

III.2. La Situation des programmes de Santé

Le volet santé du Programme de Développement des Ressources Humaines (PDRH1), avait principalement pour objectif restructurer le secteur de la santé pour lui permettre de fournir des services de

soins de santé de base de meilleure qualité et plus accessibles par la mise en oeuvre de la Politique Nationale de Santé. Il a été exécuté de juin 1992 à décembre 1996 et a participé sûrement à l'atteinte des objectifs de la Déclaration de Politique Nationale de Santé élaboré en 1989.

Les activités du programme ont connu un taux d'exécution satisfaisant notamment en ce qui concerne la construction et l'équipement d'infrastructures, le renforcement de compétences et les activités d'IEC et de mobilisation sociale.

En matière de Génie civil, toutes les activités de construction, de rénovation et de réhabilitation ont été réalisées. Ce volet concerne la construction de 60 postes de santé, la transformation de 4 PMI en postes de santé, la rénovation de 3 régions médicales, de 5 centres de santé et de 7 pharmacies de districts, les petits travaux de réhabilitation de 2 centres de formation, la réfection du Service National d'Éducation pour la Santé, la remise en état des installations de la PNA. Le pilotage des activités relatives au volet Génie civil a été mené de façon satisfaisante se traduisant par une collaboration positive de l'ensemble des acteurs impliqués.

Les principales activités de formation réalisées ont touché 10 médecins chefs régionaux ; 55 médecins chefs de District ; 32 superviseurs ; 700 comités de santé ; 20 cadres du SNEPS ; 10 CREPS et 10 responsables de CPRS en pratique d'IEC ; 20 éducateurs EVF ; 1000 jeunes en EVF ; 100 médecins et superviseurs en SMI/PF ; 360 ICP en PF ; 10 formateurs en nutrition et 21 médecins en IEC. Ce programme de formation a permis d'améliorer les compétences des différents acteurs impliqués dans l'exécution du programme bien que certaines activités planifiées ont un taux d'exécution faible. Beaucoup d'activités planifiées n'ont pas été réalisées notamment la formation des ICP en gestion et la formation des médecins en chirurgie. Il faut signaler enfin la réalisation de beaucoup d'activités non planifiées parmi lesquelles la formation en gestion et management de même que la formation des superviseurs en modules d'instruction.

Ces réalisations ont été accompagnées par :

- la mise en oeuvre des réformes du Système de Santé ;
- la réforme du système d'acquisition et d'approvisionnement des médicaments essentiels sous forme générique ;
- le renforcement institutionnel du Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale ;
- l'appui à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et à la politique pharmaceutique ;
- le renforcement du Programme National de Planification Familiale (PNPF) ;
- la restructuration budgétaire et financière et la promotion des comités de santé ;
- l'amélioration de la couverture sanitaire des Postes de Santé en milieu urbain.

Le renforcement du Système de district Sanitaire a été introduit comme pièce maîtresse du programme de réformes dans le secteur de la santé au Sénégal. Le District sanitaire a été créé en 1991 suite à l'élaboration de la Déclaration de Politique Nationale de Santé publiée en 1989. Le territoire national fût découpé en 45 districts qui ont tous élaborés des Plans de Développement Sanitaires qui devaient servir de base à l'intervention des différents acteurs de la santé et à l'appui des bailleurs de fonds. Ce volet avait pour objectifs spécifiques :

- l'assistance à la mise en oeuvre des PDDS dans 19 districts des régions de Dakar, Thiès et Diourbel ;

- la mise en place d'un système de gestion financière adapté aux districts ;
- l'élaboration de programmes de formation à l'intention du personnel des districts et ;
- la promotion des organisations communautaires de santé.

L'expérience des plans décentralisés a permis d'accroître l'efficacité des actions sanitaires au niveau de la base de même qu'elle aura favorisé le drainage d'importantes ressources vers les districts et régions médicales afin de compléter le dispositif sanitaire national par la construction, la rénovation et l'équipement de diverses infrastructures sanitaires améliorant ainsi la fréquentation des postes de santé. Ainsi, le taux d'utilisation de la consultation primaire curative au niveau des postes faisant l'objet de monitoring (actuellement plus de 500 sur 733) qui se situait à 60% au début de l'année 1992 est passé à plus de 90% en 1996.

Toutefois, les taux de couvertures en CPN et PEV sont faibles (respectivement 30% et un peu plus de 40% en 1996). Cela s'explique par plusieurs facteurs parmi lesquels le déficit chronique en personnels socio-sanitaires, la modicité des ressources allouées au fonctionnement des structures comme les centres de santé, l'insuffisance de la supervision à tous les niveaux, le manque d'intégration entre les différents programmes de santé ainsi que le manque de coordination des actions des différents intervenant dans le secteur.

Des résultats importants ont été enregistrés au plan de l'organisation, des méthodes de travail, de la planification des activités et de la coordination des activités à travers l'ensemble des structures sanitaires de base du pays. L'initiative de Bamako s'est généralisée dans le pays et le système du monitoring est désormais une réalité.

Des efforts ont été fait pour améliorer la gestion financière des districts et des régions par l'élaboration de mécanismes permettant aux districts d'utiliser effectivement les ressources financières qui leur ont été allouées et la mise en place d'un système comptable standard simplifié au niveau du district. Cette situation a permis d'améliorer l'autonomie financière des districts particulièrement dans les domaines de la maintenance, de la formation et des médicaments.

Les activités mises en oeuvre pour améliorer la participation des populations ont permis de dynamiser l'action des Comités de santé aussi bien au plan financier qu'au plan de la participation aux actions de santé publique. Un millier de comités de santé a été mis en place et les membres de ceux-ci ont été formés pour améliorer leurs compétences en matière de gestion. Des dispositions législatives visant à améliorer le fonctionnement des comités ont été prises et vulgarisées. Le niveau de la participation financière des populations polarisées par les comités de santé est passé de 300 millions de F.CFA en 1992 à plus de 3 milliards de F.CFA en 1996.

Le Programme de Santé Maternelle et Infantile (SMI) avait pour objectifs de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile, de protéger la santé de la mère et de l'enfant. Ces objectifs devaient se réaliser à travers l'exécution de deux programmes spécifiques que sont le Programme national de lutte contre la mortalité maternelle et le Programme National de Planification Familiale (PNPF). Les taux de mortalité maternelle et infantile restent encore élevés. La femme meurt encore trop souvent de grossesse, par hémorragies, affections cardio-vasculaires ou infections.

Le programme national de lutte contre la mortalité maternelle a pour but d'améliorer l'état de santé et les conditions socio-économiques de la femme, en particulier celles étant enceintes. En particulier il vise à :

- réduire de 50% la mortalité maternelle d'ici l'an 2000 ;
- améliorer la prise en charge de la gravidité-puerpéralité en assurant aux femmes enceintes au moins trois consultations prénatales, une prise en charge adéquate de toutes les grossesses à risque dépistées, un accouchement assisté de toutes les femmes suivies, deux consultations post-natales (mères/nourrissons) et la couverture à moyen terme de 30% des femmes enceintes ;
- améliorer la condition économique de la femme par la mise en place d'un programme intégré en vue d'alléger les charges de travail des femmes, par l'appui aux groupements et associations de femmes dans la mise en place des activités génératrices de revenus, par l'adoption de mesures juridiques ;
- promouvoir la PF par un appui au PNPf. Le projet en est encore à sa phase pilote au niveau de la région de Tambacounda.

Le projet pilote "Prévention de la mortalité maternelle" a permis de réaliser des sessions de formation sur les techniques de chirurgie gynéco-obstétricale et les éléments de surveillance d'une femme enceinte à l'intention des médecins et infirmiers-chefs de poste. Plusieurs animations ont été réalisées et les activités IEC se poursuivent normalement et elles concernent principalement les membres des groupements de promotion féminine et des comités de santé.

Sur le plan de l'équipement, les structures sanitaires ont été dotées de matériel médical et de petite chirurgie renforçant ainsi leur plateau technique.

Toutefois, il faut signaler que le projet a connu des difficultés d'exécution qui ont limité la portée de son impact. La lutte contre la mortalité maternelle a bénéficié de moins de ressources que les autres composantes de la Santé de la Reproduction. La couverture à 80% des CPN au niveau des structures sanitaires n'est pas réalisée. Les consultations postnatales ne font pas l'objet d'un suivi régulier ce qui ne permet pas de dépister et de prendre en charge certains facteurs de risques, les besoins en nutrition, en allaitement maternel et en contraception.

Le Programme National de Planification Familiale (PNPF) a pour objectif d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant par l'espacement des naissances, la maîtrise de la fécondité, la lutte contre la stérilité et les MST, et la réduction des taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle. Il comprend les trois composantes suivantes :

- Survie de l'Enfant / Planification Familiale (PSE/PF) ;

- Appui au PNPF ;
- Appui au Programme de SMI/PF du PDRH1.

Le PSE/PF couvre quatre régions (Kaolack, Fatick, Ziguinchor et Louga) tandis que le volet Appui au PNPF intervient dans l'ensemble des capitales régionales et dans la mise en oeuvre des centres de référence PF.

La sous-composante Appui au Programme de SMI/PF exécutée dans le cadre du PDRH1 avait pour but de porter le taux de prévalence contraceptive de 4,8% en 1992 à 14% en 1995 en soutenant et en développant les activités visant à améliorer l'accessibilité, l'utilisation et la couverture des services de PF. Elle a notamment :

- la formation en PF de 720 infirmiers chefs de poste (ICP) ;
- l'approvisionnement en contraceptifs pour satisfaire 25% des besoins nationaux ;
- la mise en place de supports aux activités SMI et nutritionnelles au niveau des postes de santé ;
- l'amélioration de l'enseignement en matière de SMI/PF dans les écoles de santé publique ;
- le renforcement et l'extension des services de PF fournis dans les entreprises privées et parapubliques, les cliniques privées et les officines pharmaceutiques ;
- l'appui institutionnel et opérationnel à l'Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial (ASBEF) ;
- le développement et la mise en oeuvre d'approches opérationnelles améliorées de communication interpersonnelle ;
- l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes d'IEC/PF et ;
- le renforcement de la capacité institutionnelle au niveau national.

Les acquis du PSE/PF peuvent être ainsi résumés :

- une amélioration de la connaissance et de l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- une meilleure qualité des services cliniques PF grâce à la formation et au recyclage des médecins de district, des coordinatrices SMI/PF, des sages-femmes exerçant au niveau des centres de santé ;
- la mise en place de centre de référence régional ;
- une attitude plus favorable de la population, des femmes en particulier vis à vis de la PF.

Le résultat obtenu est un taux de prévalence contraceptive de 9% en 1995 grâce à l'extension des services de PF dans le Système de Santé Publique et Privé, la promotion des services de PF par des activités d'IEC, le développement du partenariat avec les ONG intervenant dans le secteur ainsi que le renforcement institutionnel du Service National d'Education pour la Santé (SNEPS).

Le Programme **Survie de l'Enfant et Santé de la Femme** exécuté dans le cadre du Plan d'Opérations 1992/1996 mis en oeuvre avec l'appui de l'UNICEF a participé également à la réalisation des objectifs du Programme de Santé Maternelle et Infantile à travers le Programme Elargi de Vaccination (PEV) qui, commencé en 1980, avait pour objectif d'immuniser les enfants de 0-23 mois contre les 7 maladies-cibles que sont la tuberculose, la fièvre jaune, la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite.

Les résultats de l'évaluation des objectifs intermédiaires publiée en Août 1996 montrent que des progrès notoires ont été enregistrés par le PEV, particulièrement en ce qui concerne les antigènes ciblant les enfants de 12 à 23 mois. Par rapport à l'EDS II réalisé en 1992, le BCG passe de 67% de taux de couverture à 83% en 1996 ; le DTC3 de 32% à 61%, le VPO3 de 33% à 61%, la rougeole de 23% à 51% et la fièvre jaune de 23% à 45%. Ainsi, grâce au PEV, on a assisté sur le plan épidémiologique à un recul très net de la poliomyélite et de la coqueluche.

Les résultats de l'enquête indiquent également que 47% des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 12 derniers mois ont été immunisées contre le tétanos néonatal alors que ce taux était de 53% en 1992 dans le cadre de l'EDSII.

Globalement, l'exécution du programme a permis une nette amélioration de l'état sanitaire des enfants. La mise en oeuvre du PEV a permis également d'accumuler une expérience enrichissante dans le domaine de la mobilisation sociale ce qui a favorisé une forte sensibilisation de la communauté, des femmes en particulier, sur l'importance de l'immunisation des enfants.

Les contraintes du programme sont entre autres : les coûts élevés d'intervention des équipes mobiles, la faible intégration de la vaccination aux autres composantes des SSP, la faiblesse des chaînes de froid. Celles-ci ont conduit à une révision du programme et à son élargissement à d'autres antigènes comme le vaccin contre l'Hépatite B.

La malnutrition des enfants de moins de 4 ans continue d'être un problème de santé publique. Elle résulte de déficits aigus ou chroniques de calories, de protéines ou de micro-nutriments tels que les vitamines et les éléments minéraux. Les résultats de l'enquête montrent que 22,5% de ces enfants qui souffrent de malnutrition chronique, 22% d'insuffisance pondérale et 6,7% d'émaciation.

La tranche d'âge 0-4 ans constitue un groupe vulnérable, victime d'une forte morbidité et d'une mortalité importante dont les déterminants culturels, sociaux et économiques font l'objet de programmes de contrôle et de lutte pour améliorer le sort des enfants. L'enquête a révélé un taux de mortalité infantile de 60% naissances vivantes, un taux de mortalité juvénile de 98% naissances vivantes et un taux de mortalité infanto-juvénile de 154 naissances vivantes. Les maladies diarrhéiques sont la première cause de mortalité infantile au Sénégal ce qui a été confirmé par les résultats de l'enquête qui ont montré que 26% de l'échantillon des enfants ont fait une diarrhée au cours des dernières semaines ayant précédé l'enquête.

Il convient de mentionner deux importants programmes en cours d'exécution relatifs à l'allaitement maternel exclusif et à la lutte contre les maladies diarrhéiques. Enfin, un important projet de nutrition communautaire d'un financement de 14 milliards de FCFA a été négocié en avril 1995.

Il faut cependant souligner que toutes ces activités ^{qui} ont été menées ne s'inscrivaient pas dans un cadre global et coordonné d'où leur faible impact sur la situation nutritionnelle de la population. L'élaboration du programme national de nutrition a pour objectif de systématiser l'ensemble de ces activités au niveau du système de santé.

Le Programmes de lutte contre les grandes endémies que sont le paludisme, l'Onchocercose, la Lèpre et la Tuberculose.

Le paludisme est l'endémie parasitaire la plus répandue au Sénégal de même qu'il constitue encore la première cause de morbidité et de mortalité chez l'enfant et la femme. Son coût financier sur le secteur de la santé et sur les populations reste très important (2 milliards de FCFA par an). La plupart des programmes de santé ont un volet concernant la prévention du paludisme (chloroquinisation) qui fait l'objet d'un suivi mensuel au niveau des formations sanitaires. La prévalence de cette maladie et ses conséquences sur la mortalité générale justifie la mise en oeuvre d'un programme de lutte contre le paludisme qui a été adopté et soumis aux bailleurs de fonds pour financement. Les activités essentielles se résument à la prise en charge des cas de paludisme dans toutes les structures sanitaires, à la chimioprophylaxie des femmes enceintes ou allaitantes, à l'utilisation de moustiquaires imprégnés à la deltaméthrine et aux autres activités de prévention.

Le programme de lutte contre l'onchocercose se poursuit. Plus de 20.000 personnes ont été traitées dans 148 villages. Un plan national de dévolution a été élaboré et pourrait être financé à hauteur de 550 millions de F.CFA. Les zones concernées sont : la région de Tambacounda et le département de Vélingara dans la région de Kolda, soit environ 400 villages. Le taux de prévalence est passé de 32% en 1988 à 8,5% en 1995.

Le programme de lutte contre la bilharziose se poursuit dans la région de Saint-Louis. Plus de 1500 manuels de vulgarisation de cette maladie ont été produits en français et trois langues nationales (ouolof, peulh et sérère) dans le cadre de l'IEC pour une bonne prévention. Les résultats des enquêtes menées sur le terrain indiquent un fort taux de prévalence à Richard-Toll, Mbodiène et Podor. La politique des médicaments essentiels a largement facilité le traitement des maladies par une amélioration de l'accès des malades aux 4 comprimés de biltricide dont le coût est passé de 7000 frs cfa à 1000 frs cfa. En plus des activités spécifiques de prise en charge des cas (11000 personnes traitées) et d'éducation sanitaire, la lutte contre la bilharziose comprend également des actions d'adduction d'eau et d'assainissement.

Le programme national de lutte contre la tuberculose est totalement intégré aux activités des districts sanitaires. Il vient de disposer d'un laboratoire national pour un montant de 150 millions de F.CFA. L'approvisionnement en médicaments anti-tuberculeux, en produit et en matériel de laboratoire se fait régulièrement dans tout le pays. Le nombre de nouveaux cas est de 6998 dont 5421 frottis positifs, 1073 frottis négatifs et 504 extrapulmonaires. Les rechutes s'élevaient à 563 cas ; ce qui porte le nombre total de cas de tuberculose toutes formes à 7561. Le taux de dépistage de la tuberculose est de 90,6% alors que le taux de dépistage des cas nouveaux à frottis positifs est de 64,9%.

Le programme national de lutte contre la lèpre a été marquée par une bonne couverture en PCT dans toutes les régions. De 75,21% en 1992, on est passé à 100% en 1994, en même temps que la mise en oeuvre de deux importants volets dans la lutte contre les invalidités dues à la lèpre portant notamment sur l'ophtalmologie intégrée et la rééducation fonctionnelle-éducation sanitaire. De 3000 cas en 1992, on est passé à 754 malades en 1995, soit un taux de 0,9 pour 10.000 habitants. La lèpre ne constitue donc plus un

problème de santé publique. Toutefois, le nombre de nouveaux cas ne diminue pas et reste stationnaire : 482 en 1995. 11,6% des malades consultent avec des mutilations graves ce qui dénote une consultation très tardive et le cycle de transmission n'est pas encore rompu.

Le Programme national d'éradication du Ver de Guinée mis en place dans le cadre du Programme de Coopération Sénégal-Unicef 1992/1996 est en cours d'exécution. Plus de 10.000 filtres tamis ont été mis à la disposition des districts des zones endémiques de la région de Tambacounda et du département de Matam. 207 agents de santé communautaires et 50 infirmiers

Le Programme de lutte contre le SIDA et les MST a été mis en place par le Gouvernement du Sénégal à la suite de l'apparition du 1er cas de sida au Sénégal en 1986. Son principal objectif est de réduire la prévalence des MST et du SIDA par la prévention de la transmission, l'amélioration de la prise en charge des personnes malades, le développement de l'information sur les MST/SIDA et la promotion de la recherche.

Les activités de ce programme sont gérées par un Comité National de Lutte contre le SIDA dont les premières activités ont consisté à mettre en place un système de surveillance adéquat, assurer la sécurité du sang, sensibiliser les populations sur la maladie et renforcer la lutte contre les MST.

Les activités mises en oeuvre par ce programme au cours des années précédentes ont permis une meilleure implication des ONG, une véritable mobilisation communautaire et de meilleures prestations dans la prise en charge des MST et des PVVIH aux niveaux national et régional.

Le nombre cumulé de "sidéens" est passé de 1297 en 1994 à 2168 cas en 1996 mais le taux de prévalence de 1% est encore faible. Il est de 1 à 2% chez les femmes enceintes, 10 à 15% chez les prostituées, 3,2% chez les hommes présentant des MST, 15% chez les malades hospitaliers, 30 à 40% chez les tuberculeux hospitalisés. Les statistiques récentes publiées par le Comité National de lutte contre le SIDA en décembre 1996 donnent la situation suivante :

- Cas de SIDA déclarés : 2168 ;
- Cas réels estimés à plus de 4000 ;
- Personnes séropositives estimé à 60000 et ;
- Orphelins estimé à 5000.

Les projections pour 1998 portent les malades du SIDA à 10041 alors que le nombre des porteurs du VIH s'établit à 90944.

Les deux virus VIH1 et VIH2 circulent mais actuellement on note une tendance à l'inversion : 70% de VIH2 et 30% de VIH1 en 1992 contre 50% de VIH2 et 49% de VIH1 en 1995.

La sécurité du sang est davantage garantie sur l'ensemble du territoire national et la transmission du VIH par le sang est maîtrisée.

Le renforcement de la lutte contre le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles se poursuit normalement par le développement des activités de sensibilisation, d'information, la formation des personnels de santé et d'autres acteurs et l'équipement des laboratoires et banques de sang. A cet effet, toutes les banques de sang du Sénégal sont équipées pour le dépistage et des sites-sentinelles permettent de faire le suivi des groupes à risque et de déterminer la répartition géographique.

Le 2ème plan à moyen terme de lutte contre les MST/SIDA 1994/1998 a été élaboré et présenté à la communauté des bailleurs de fonds.

Le Programme des médicaments essentiels avait pour objectif majeur de rendre le médicament accessible à toutes les couches de la population. Ce programme s'appuyait sur la réforme de la politique du médicament qui portait notamment sur la réforme de la Pharmacie nationale, la constitution d'un stock initial de médicaments pour les districts sanitaires, l'organisation de campagne d'information pour les prescripteurs et le public ainsi que l'élaboration d'une stratégie à long terme pour le secteur pharmaceutique.

Les différentes réformes engagées dans ce sens ont permis une amélioration de la disponibilité effective des médicaments aux niveaux des structures sanitaires de base, une plus grande maîtrise du circuit d'approvisionnement du médicament, une amélioration de la participation des populations au titre du médicament et le renforcement du rôle de la PNA dans sa fonction d'organisme de régulation du marché du médicament.

Aujourd'hui, on constate un retour progressif des populations aux structures publiques de santé auxquelles elles font de plus en plus confiance et il est heureux de noter que le coût moyen par épisode des maladies traitées au niveau des districts varie entre 300 et 800 frs CFA, améliorant ainsi l'accessibilité des médicaments essentiels.

Le niveau de l'engagement communautaire qui s'établit en moyenne à 600 millions de F.CFA et les crédits renforcés de l'Etat se montant à 1,600 milliards de F.CFA environ permettent le renouvellement du stock de sécurité de la PNA accroissant ainsi la capacité de cette structure à répondre à la demande des formations sanitaires publiques.

Acôté du secteur public dont on observe tous les ans la mutation qualitative, le secteur privé reste dynamique dans la distribution des médicaments.

Dans le souci d'une plus grande implication du secteur privé dans le circuit de distribution des médicaments essentiels et de maintenir le prix des médicaments à un niveau acceptable, un appel d'offres international a été lancé concernant 300 médicaments en conditionnement hospitalier.

III.3 Le Financement du Secteur

Le système de santé est financé par le budget de l'État, les collectivités locales, les populations, le secteur privé national, l'aide extérieure et les ONG.

III.3.1. Le budget national

Le budget alloué au système de santé est passé de 10,9 milliards en 1987 à 18,7 milliards en 1996 représentant un accroissement de 70% en 10 ans. Toutefois, en termes réels, le budget du MSPAS n'a augmenté que de 10% durant la période. Parallèlement, la part du budget national affectée à la santé est passée de 5,3% à 7,25% sur la période traduisant ainsi l'importance des efforts fournis par les pouvoirs publics pour appuyer le système de santé. Cette situation s'explique également par la volonté du Gouvernement de respecter les engagements pris dans le cadre de la mise en oeuvre du PDRH1 consistant à accroître le budget du MSPAS de 0,5% par an pour atteindre les 9% recommandés par l'OMS.

Sur la période 1991/1995 couvrant l'exécution des PRDS/PDDSD, le budget de l'Etat surtout à partir de la dévaluation du F.CFA intervenue en janvier 1994, on constate un effort consistant de l'Etat à l'endroit du secteur de la santé aussi bien en termes de fonctionnement qu'en termes d'investissements. En effet, l'ensemble des dépenses (investissement et fonctionnement) par habitant passe de 2313 F.CFA en 1990 à 2485 F.CFA en 1996 soit une progression réelle de plus de 7% sur la période.

Les dépenses en capital ont connu en termes réels une très forte augmentation depuis le début des années 90 : près de 125% entre 1991 et 1996. Cette progression reflète une meilleure prise en compte de la santé dans le PTIP dont le pourcentage passe de 3,6% en 1991 à 5,6% en 1996 rapprochant ainsi le budget d'investissement du budget de fonctionnement.

Les investissements du système dépendent essentiellement des **ressources extérieures** qui sont passées de 83,2% en 1991 à 93,4% en 1996. En termes réels, les financements extérieurs pour la santé inscrits au PTIP de 1991 à 1996 ont plus que doublé en 5 ans alors qu'ils n'ont augmenté que de 60% pour l'ensemble des secteurs. Ainsi, la santé fait partie des secteurs qui ont le plus bénéficié de la croissance des ressources extérieures des cinq dernières années.

Les projets inscrits au PTIP sont pour l'essentiel consacrés au développement des Soins de Santé Primaires (SSP). 78% des ressources extérieures sont absorbés par six principaux programmes nationaux parmi lesquels le programme de lutte contre le SIDA. Il faut également signaler qu'une part importante des crédits d'investissements est de plus en plus affectée à des dépenses de fonctionnement traduisant ainsi les difficultés liées à l'insuffisance des ressources internes pour la couverture des dépenses courantes obligeant ainsi l'Etat à utiliser l'aide extérieure pour financer le fonctionnement du système public de santé.

En plus des ressources publiques, le secteur de la santé est financé par d'autres sources provenant des autres acteurs du système parmi lesquels les collectivités locales, les ONG, la promotion et de la diversification des ressources alternatives, la contribution des populations à travers les comités de santé.

III.3.2. Les collectivités locales

La loi 72-25 du 19 Avril 1972, dont l'article 80 a été modifié par la loi 83-59 du 3 juin 1983 stipule que les dépenses de la communauté rurale comprennent "les dépenses destinées à l'équipement et à la première dotation en médicaments des maternités, pharmacies villageoises et cases de santé. Les crédits y afférents sont fixés à par le conseil rural à 8% au maximum de la moyenne annuelle des recouvrements effectués au titre de la taxe rurale pendant les trois dernières gestions connues. Par contre, les textes ne fixent pas de plafond pour ce qui est du montant des dépenses que les communes doivent effectuer en matière de santé laissant ainsi une place à l'initiative locale.

L'absence d'archives ne permet pas d'avoir une idée claire du niveau réel des dépenses de santé effectuées par les collectivités locales en dehors de la Communauté Urbaine de Dakar (CUD) où l'on dispose d'une série complète de données sur les cinq dernières années.

D'après le rapport intermédiaire PDRH/MSPAS d'août 1996, les contributions de la CUD aux dépenses de santé ont dépassé 1 milliard de F.CFA en 1992 et se situent autour de 800 millions de F.CFA en moyenne par an. Les prévisions budgétaires des collectivités locales pour le secteur santé s'établissent à près de 1,2 milliards de F.CFA dont 87% pour la seule CUD.

III.3.3. L'apport des ONG et autres privés

On ne dispose pas d'informations suffisamment détaillées sur le financement de ces acteurs. Les données recueillies récemment par une étude auprès de 15 ONG portant notamment sur le financement de la santé à permis d'estimer leur apport de 1990 à 1995 à 1,096 milliards de F.CFA courants soit environ 150 millions par an en moyenne. Les résultats de l'étude montrent également que 75% des ressources mobilisées par les ONG sont destinées aux districts.

III.3.4. La Participation des populations

La participation des populations est fondée sur le principe du recouvrement des coûts des services par les formations sanitaires depuis les postes de santé jusqu'aux hôpitaux en passant par les centres de santé. Les comités de santé agissant en qualité d'organes de gestion de la contribution des populations, sont chargés de la mobilisation des moyens financiers provenant des paiements directs effectués par les usagers.

Les comités de santé ont mobilisé des ressources financières importantes qui ont été investies notamment dans la construction d'infrastructures (cases et postes de santé, maternités rurales) mais aussi pour la fourniture de personnel communautaire, l'achat de médicaments et la participation financière aux consultations, accouchements et autres soins.

Une étude menée par la Division des Soins de Santé Primaires (DSSP) en 1994 et reprise en 1995 a permis de chiffrer les recettes mobilisées par les comités de santé au niveau district (centres et postes de santé) respectivement à 1,8 milliards et 2,2 milliards pour l'ensemble du pays soit une augmentation de 22% en valeur relative.

La participation des populations est moins bien connue au niveau du secteur en raison de l'inexistence d'outils de gestion appropriés.

Les dépenses exécutées dans le secteur de la santé à partir de la participation des populations en 1995 se chiffrent à un peu plus de 2 milliards correspondant à 87% des recettes de la période.

Au niveau des districts, les dépenses de fonctionnement en 1995 ont été couvertes à 64% par les comités de santé et à 36% par le budget de l'Etat. Cette tendance est plus nette pour le niveau poste de santé où les comités prennent totalement en charge l'ensemble des dépenses de fonctionnement, en maintenant leur taux de couverture à une moyenne de 1,12.

L'étude du fonctionnement des comités de santé a mis en évidence de nombreuses difficultés relatives à l'insuffisance de transparence dans la gestion de celles-ci (non renouvellement des instances dirigeantes et fréquents détournements de fonds).

III.3.5. Les Autres sources de financement

Plusieurs institutions et organismes participent au financement des dépenses de santé. Les interventions en la matière se font dans le cadre de systèmes de protection obligatoire liée au statut de travailleurs salariés ou de systèmes facultatifs de couverture du risque maladie.

Le système de protection obligatoire finance les prestations faites à travers les IPM, la Caisse de Sécurité Sociale et l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES).

On dénombre environ 200 IPM sur les 350 créés au Sénégal dont 117 à Dakar. Un bilan réalisé récemment établit que seuls 109 IPM fonctionnent actuellement. Le financement par les IPM profite à 117.000 travailleurs inscrits dans les IPM et à 700.000 bénéficiaires. Le montant des cotisations qui servent au financement des IPM est assez variable d'une IPM à l'autre. On observe en moyenne globalement une augmentation de l'ordre de 5% entre 1993 et 1994 et de 16% entre 1994 et 1995.

Le financement par la Caisse de Sécurité Sociale se fait à travers les prestations familiales, la couverture des accidents du travail et les maladies professionnelles. En francs courants, les ressources allouées par la CSS pour couvrir les dépenses de santé ont régulièrement augmenté au cours de la période 93-95. Parallèlement, on note une augmentation légère de la part des cotisations consacrées aux dépenses de santé.

La modicité du budget de l'Action sociale fait que seulement 30% des demandes d'appareillage et 20% des demandes de secours financiers sont satisfaits. Les allocations aux enfants orphelins connaissent, par contre, un taux de satisfaction de 63%.

Le recrutement de personnes handicapées par les entreprises, la revalorisation des pensions et la mise en place, pour les personnes du 3^e âge, d'un régime préférentiel pour les médicaments sont encore à l'état de projets alors qu'il n'existe pas de centres adaptés au traitement et à la réinsertion des toxicomanes.

Il faut souligner que l'UNICEF investit beaucoup dans ce secteur en prenant notamment en charge les talibés (au niveau de certains daaras) et les enfants en situation difficile.

Face à toutes ces difficultés, la DAS envisage d'élaborer une nouvelle politique sociale qui ferait plus de place à la prophylaxie, responsabiliserait davantage les populations et permettrait de disposer de plus de moyens.

III.6. Les Contraintes principales du secteur

L'exécution des activités du secteur santé s'est heurtée à un certain nombre de contraintes que l'on peut identifier par rapport aux différents programmes cités ci-dessus.

La qualité des services de santé a été amoindrie par le déficit chronique en personnel sanitaire qui de surcroît est mal réparti. En effet, la quasi-totalité des spécialistes du privé comme du public - du CHU notamment - exerce à Dakar et les normes de personnels définies pour les différentes structures sont loin d'être atteintes. Cette situation entraîne un dysfonctionnement de la pyramide sanitaire et accentue les évacuations sur Dakar. Il en résulte un engorgement des structures de la capitale avec une baisse de la qualité des services et un délaissement des structures de référence régionales ;

Plusieurs problèmes subsistent relativement à la prise en charge financière des soins de santé. Le statut actuel des comités de santé ne permet pas d'optimiser la participation de ceux-ci à la prise en charge des problèmes de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette situation est surtout ressentie au niveau hospitalier pour la prise en charge des prestations secondaires et tertiaires dont le coût ne peut pas être supporté par les populations en dehors d'un système de solidarité adapté ;

L'inexistence de procédures budgétaires adaptées au besoin de responsabilisation des acteurs au niveau des districts rendait difficile la mobilisation des ressources mises à la disposition du programme par les différentes sources de financement. Il s'y ajoute que les budgets alloués aux districts ne sont pas réactualisés régulièrement pour tenir compte de l'évolution des besoins et de l'inflation ;

Le cadre juridique et réglementaire n'est pas favorable à l'exercice de la médecine privée bien que ce secteur emploie plus de la moitié des professionnels de la médecine et continue à assurer une bonne partie de

la prise en charge des patients. Cette situation explique également l'insuffisance de l'implication de ce secteur dans le domaine de la promotion des médicaments génériques a été insuffisante ;

La faible capacité des structures pérennes de l'administration sanitaire et l'insuffisance de l'implication de celles-ci dans l'exécution des activités des programmes mis en oeuvre se traduisent par une insuffisance de l'appropriation ;

Le système d'information sanitaire demeure déficient. Il ne permet pas d'évaluer en permanence les programmes et leur efficacité, de réorienter leurs objectifs et d'indiquer éventuellement la direction que les recherches devraient prendre. Le processus de collecte et de traitement des données est routinier et n'est pas uniforme sur l'ensemble du territoire. Des problèmes de fond existent, comme ceux relatifs à la définition des données à recueillir, leur exploitation et leur analyse.

Une faible disponibilité en infrastructures et une insuffisance dans la qualité des services : en milieu rural la disponibilité des services constitue un obstacle majeur. Près d'une femme sur deux doit parcourir 15 km pour atteindre une source d'approvisionnement en contraceptifs. L'insuffisance du personnel de santé et la non disponibilité des médicaments ne font que renforcer la faible disponibilité des services.

La qualité des services constitue un problème majeur dans la mesure où la plupart des structures sanitaires (centres et postes de santé) sont souvent délabrés et mal équipés, ce qui nuit à l'accueil ainsi qu'à la motivation et à l'initiative du personnel.

Les activités de supervision et de suivi demeurent insuffisantes, faute de moyens logistiques surtout au niveau des services décentralisés.

Les moyens mis à la disposition de l'Action Sociale sont insuffisants par rapport aux besoins exprimés par les couches sociales déshéritées.

IV PERSPECTIVES

Depuis le mois de juin 1995, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale s'est engagé dans un processus d'élaboration d'un Plan de Développement Sanitaire et Social (PNDS) qui donne une vision prospective de l'évolution du secteur de la santé et de l'action sociale sur la période 1997-2006. Les principales orientations retenues par le PNDS sont traduites en actions à travers un Programme Quinquennal d'Investissement Sanitaire et Social (PIS) répertoriant l'ensemble des priorités du secteur pour les cinq prochaines années couvrant la période 1997-2001.

Le Programme d'Investissement (PIS) vise à réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile, de même que l'indice synthétique de fécondité et améliorer le cadre de vie des familles démunies en traduisant en actions concrètes les grandes orientations du Plan de Développement Sanitaire et Social (PNDS).

Les actions principales du Programme d'Investissement Sectoriel sont organisées autour des orientations stratégiques définies par le Plan de Développement Sanitaire et Sociale. Ces orientations portent notamment sur :

- les réformes institutionnelles ;
- l'amélioration de l'accès aux services ;
- l'amélioration de la qualité des services ;
- le développement des ressources humaines ;
- l'amélioration de la performance des programmes de santé de la reproduction ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique et du contrôle des grandes endémies ;
- la promotion des mesures d'hygiène de protection individuelle et collective ;
- l'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle ;
- le développement de la recherche opérationnelle en santé ;
- l'amélioration du cadre de vie des familles démunies et des groupes sociaux vulnérables ;
- l'appui Institutionnel.

Les réformes institutionnelles concernent la réorganisation du Ministère, les sous-secteurs des hôpitaux, de la pharmacie et du médicament.

La réorganisation du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale consiste à créer trois nouvelles structures que sont la Direction des Etablissements de Santé, la Direction de la Recherche, de la Planification et de la Formation et d'une structure stratégique qui s'occupera de la politique du secteur, du suivi de la mise en oeuvre des orientations du PIS.

La réforme hospitalière vise à assurer l'autonomie des hôpitaux par l'adoption de projets de loi portant notamment sur la création d'établissements de santé capables de générer suffisamment de ressources pour se prendre en charge.

La réforme de la pharmacie et du médicament doit aboutir à la création d'un Plan Directeur de la Pharmacie et du Médicament.

Ces différentes réformes doivent permettre d'améliorer la qualité des prestations de services des organismes de santé, qui tout en ayant une certaine autonomie, vont continuer à assurer leur mission de service public.

L'Amélioration de l'accès aux services de santé et d'action sociale par la construction et la rénovation de diverses infrastructures sanitaires et sociales à l'effet de compléter le dispositif existant en tenant compte des normes en vigueur au sein du secteur tout en veillant à réduire le déséquilibre entre le milieu urbain et le milieu rural. Dans ce cadre, le PIS prévoit :

- la construction de 245 postes de santé, 3 centres de santé, 2 hôpitaux, 6 brigades d'hygiène, deux banques de sang, 5 pharmacies régionales et 10 Services régionaux d'action sociale ;
- la reconstruction de 8 centres de santé et 2 régions médicales ;
- la rénovation de 166 postes de santé, 13 centres de santé, 5 hôpitaux régionaux, 2 hôpitaux départementaux et 10 CPRS.

L'Amélioration de la qualité des services par un relèvement du plateau technique des infrastructures sanitaires et sociales par la mise en place d'un équipement adéquat prenant en compte les besoins nés des nouvelles créations mais également les besoins liés aux rénovations. Ce programme d'équipement sera soutenu par un renforcement de l'approche paquet minimum, la systématisation du monitoring, le renforcement de la supervision et l'amélioration de la prise en charge des urgences. En plus des équipements, le PIS va prendre en charge l'acquisition de quarante trois (43) véhicules (24 ambulances, 9 véhicules de supervision et 10 véhicules de liaison) et 300 motos (245 pour les postes de santé, 45 pour les CPRS et 10 pour les brigades d'hygiène pour améliorer le système des références et faciliter la supervision des activités sur le terrain.

Le développement des ressources humaines par la mise en oeuvre du plan de développement des ressources humaines qui prévoit de recruter d'ici l'an 2001 du personnel pour résorber le déficit cumulé de près de 2000 agents en 1996. Ce travail sera fait par des actions combinées de l'Etat qui va recruter 250 agents par an d'ici l'an 2001, des collectivités locales (régions, communes et communautés rurales) et des comités de santé.

Dans ce cadre, le PIS prend en compte les besoins exprimés par les différents niveaux de la pyramide sanitaire depuis les priorités identifiées au niveau décentralisé à travers les Plans Régionaux et Départementaux de Développement Sanitaire (PRDS/PDDS) jusqu'aux besoins des services centraux et du système hospitalier.

L'Amélioration de la performance des programmes de santé de la reproduction par la mise en place d'un cadre institutionnel approprié permettant une plus grande intégration des volets et une meilleure coordination des services en direction des cibles prioritaires que les femmes et les enfants en âge de procréer.

Le renforcement de la surveillance épidémiologique et du contrôle des grandes endémies par une intégration des programmes existants et la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique intégré. Ces activités seront réalisées dans le cadre d'une restructuration du système de gestion des grandes endémies avec un renforcement du Service des grandes endémies en moyens humains et logistiques et la mise en place d'un centre informatique pour améliorer les performances du Système d'Information et de Gestion du secteur.

La promotion des mesures d'hygiène de protection individuelle et collective par :

- la réalisation d'études permettant de mieux saisir les problèmes qui se posent dans ce sous-secteur ;
- le renforcement de la capacité des ressources humaines en matière d'IEC ;
- la mise en place de structures communautaires de lutte contre la salubrité ;
- la création de laboratoires de contrôle de la qualité dans les régions ;
- la promotion de latrines publiques et privées en zones rurales et urbaines ;
- l'appui à la mise en place d'un système d'évacuation des ordures et ;
- l'appui institutionnel aux services d'hygiène à tous les niveaux.

L'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle par :

- la réalisation d'études permettant d'avoir une meilleure connaissance des caractéristiques de celui-ci ;
- la révision du dispositif fiscal relatif à l'exercice de la médecine privée ;
- une organisation de la pratique paramédicale ;
- le renforcement de l'encadrement du secteur privé ;
- un appui à une meilleure organisation du secteur privé.

Les différentes activités seront menées dans le cadre de conventions et des contrats de prestation de services dans les domaines de la formation, des soins, des analyses bio-médicales, du médicament, etc. Le même type de relation sera établie avec les ONG.

Le développement de la recherche opérationnelle en santé par :

- l'élaboration d'un plan d'action pour le développement de la recherche ;
- la mise sur pied d'organes scientifiques chargées d'organiser et de développer la recherche médicale et sanitaire en identifiant les thèmes prioritaires du secteur ;
- la mise en place d'un fonds pour encourager les initiatives en la matière surtout au niveau des districts sanitaires.

L'amélioration du cadre de vie des familles démunies et des groupes sociaux vulnérables par la mise en place d'un Fonds de Solidarité Sociale et Sanitaire chargé de financer les activités génératrices de revenus au bénéfice des populations vulnérables tout en améliorant la prise en charge des autres volets liés aux fléaux sociaux et aux enfants en situation difficile.

Dans ce cadre, le PIS prend en compte les besoins exprimés par les différents niveaux de la pyramide sanitaire depuis les priorités identifiées au niveau décentralisé à travers les Plans Régionaux et Départementaux de Développement Sanitaire (PRDS/PDDS) jusqu'aux besoins des services centraux et du système hospitalier.

Le coût global du programme est estimé à 237 milliards de F.CFA courants répartis comme suit :

- Investissements : 81 milliards soit 34,2% ;
- Fonctionnement 86 milliards soit 36,3% ;
- Personnel 70 milliards soit 29,5%.

L'effort attendu de l'État pour la prise en charge de ces dépenses est estimé à 115 milliards soit 49% des dépenses du PIS en tenant compte de l'engagement du Gouvernement d'augmenter le budget de la Santé de 0,5% par pour atteindre la norme fixée par l'OMS de 9% du budget national.

La contribution attendue des comités de santé est estimée à 14% dont l'essentiel porte sur les dépenses de fonctionnement des infrastructures de base alors que les collectivités locales doivent participer à concurrence de 5%.

L'appui attendu des bailleurs de fonds est évalué à 75 milliards de F.CFA représentant 32% du coût global du PIS pour financer essentiellement l'investissement et les dépenses liées à la réforme du secteur.

L'exécution des actions programmées dans le PIS va se faire en partant des contraintes rencontrées à l'occasion de l'exécution des programmes antérieurs.

La coordination des activités du programme sera assurée par une Cellule d'Appui aux Réformes chargée de la Coordination, du Suivi et de l'Evaluation. Cette structure sera directement rattachée au cabinet du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et sera composée de ressources humaines appropriées.

Les directions techniques du Ministère assurent la gestion des activités des volets relevant directement de leurs compétences. Un Comité Interne de Suivi regroupant les directeurs nationaux et les membres de la Cellule d'Appui est mis en place pour assurer le suivi de l'exécution dès activités du PIS.

Au niveau régional, la coordination technique de l'exécution du PRDS sera assurée par le médecin chef de la région médicale et au niveau de la commune et communauté rurale elle sera assurée par le médecin chef de district.

Le programme sera mis en oeuvre dans le cadre d'un partenariat qui donne de plus en plus de place au secteur privé. Dans ce cadre, les ONG auront un rôle important dans l'exécution de certaines activités dans le domaine de l'IEC surtout, mais également en matière de formation des personnels communautaires au niveau local. Les différentes activités seront menées dans le cadre de conventions et des contrats de prestation de services. Un manuel de procédures définissant les

modalités d'allocation et de gestion des ressources, les responsabilités et le mode d'intervention des différents acteurs sera élaboré.

Le programme sera exécuté sur la période 1997/2001 correspondant à l'horizon du IX^e Plan de D'Orientation pour le Développement Economique et Social.

V. RECOMMANDATIONS

Sur la base de l'expérience tirée de l'exécution des programmes antérieurs et des orientations ci-dessus indiquées, on peut identifier les recommandations suivantes :

1. Augmenter sensiblement le nombre de structures sanitaires afin d'améliorer l'accessibilité géographique des services de santé et améliorer le plateau technique des centres de santé de référence et des hôpitaux régionaux pour un meilleur respect de la pyramide sanitaire et des normes établies par l'OMS ;
2. Faire un effort particulier de recrutement de personnel de santé afin de combler les déficits et de respecter les normes de personnel définies pour les différentes structures sanitaires ;
3. Assurer une meilleure répartition des agents sur le territoire national pour plus d'équité et d'efficacité, au besoin par la régionalisation des postes budgétaires ;
4. Motiver davantage le personnel, en particulier celui exerçant dans les zones périphériques ;
5. Renforcer et mieux adapter la formation initiale aux réalités socio-sanitaires du pays et promouvoir la formation continue ;
6. Mettre en place une structure chargée de coordonner la planification de la politique du secteur de la Santé et l'Action Sociale et renforcer en même temps les capacités institutionnelles des services opérationnels de l'Administration en matière de planification et gestion de programmes ;
7. S'appuyer de plus en plus sur les structures pérennes de l'Administration pour la conception et l'exécution des programmes ;
8. Mettre en place des procédures adaptées visant à assouplir la gestion des programmes de santé et d'action sociale ;
9. Renforcer le Système d'Information Sanitaire de façon à ce qu'il tienne compte des données provenant des différents programmes de santé par rapport aux données nationales ;
10. Associer davantage le secteur privé dans la mise en oeuvre de la politique de santé particulièrement dans la promotion du médicament "générique".