

DIRECTION DE LA PLANIFICATION

TRAVAUX PREPARATOIRE DU IX° PLAN

Phase - diagnostic

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

NOTE TECHNIQUE N° 1

Septembre 1995

Les décennies après l'indépendance ont vu l'espérance de vie s'améliorer et passer de 38 ans en 1960 à 48 ans en 1988. Durant la même période, le taux brut de mortalité a baissé de 7 points, passant de 25 à 18 pour 1000.

Entre les périodes 1981 - 1986 (EDSI, 1986) et 1988 - 1992 (EDSII, 1992/93) la mortalité des enfants est passée de :

- 86 à 68 pour 1000 pour les enfants de moins d'un an (taux de mortalité infantile : TMI) ;
- 191 à 131,4 pour mille pour les enfants de 0 à 5 ans (taux de mortalité infanto-juvénile : TMIJ).

L'amélioration du cadre de vie et l'immunisation des enfants dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (P.E.V) pourraient expliquer ces baisses.

La couverture sanitaire et sociale s'est beaucoup améliorée durant les trois dernières décennies. De 1960 à 1993, le nombre d'hôpitaux, par exemple est passé de 7 à 17 et celui des postes de santé de 201 à 714.

Pour remarquables que soient ces résultats, d'énormes problèmes continuent à se poser :

- . le taux de mortalité reste élevé : 18 pour mille.
- . l'espérance de vie demeure faible : 54 ans ;
- . l'augmentation des infrastructures socio-sanitaire et des personnels de santé et d'action sociale cache des disparités énormes entre la zone ouest (régions de Dakar et de Thiès) et le reste du pays ;
- . la mortalité maternelle reste très élevée : 510 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Les maladies diarrhéiques, le paludisme, les affections respiratoires, les maladies de la peau, la malnutrition, les toxicomanies et les grossesses à risque demeurent encore de véritables problèmes de santé publique.

A cela, il faut ajouter les nouveaux défis que constituent les maladies cardio-vasculaires, les maladies sexuellement transmissibles, en particulier le SIDA et les affections liées à la pollution de l'environnement.

Au plan social, on assiste à un développement de la pauvreté et à l'accentuation de la misère avec comme conséquences:

- le relâchement de l'esprit traditionnel de solidarité ;
- l'accentuation de la mendicité ;
- l'accroissement des délinquances juvénile et adulte ;
- la marginalisation de larges couches de la société.

I. PRÉSENTATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

I.1 Les politiques nationales de santé et d'action sociale

L'amélioration de la santé de la population et la promotion de leur bien-être a été un souci constant du gouvernement du Sénégal qui a consacré à ce secteur des sommes importantes depuis l'indépendance.

Du premier au cinquième plan, la politique sanitaire était commandée par deux grands principes :

- * le droit à la santé pour tous les citoyens ;
- * le caractère indivisible de la médecine qui s'appuie sur l'unicité du système de santé depuis la case de santé jusqu'au CHU.

Il fallait ainsi :

- intégrer l'action médico-sanitaire et sociale pour une médecine à la fois préventive, curative, éducative et sociale,
- améliorer la couverture socio-sanitaire du pays par le développement des infrastructures sanitaires des capitales régionales et départementales, des services de santé de base et des structures d'éducation sanitaire et sociale.

C'est durant le V^e Plan qu'à eu lieu, en 1978, la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (SSP).

Ces assises ont dégagé les stratégies à mener pour atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 (SPT 2000).

Le Sénégal qui a adopté la déclaration d'Alma-Ata allait intégrer les SSP dans sa politique sanitaire dès le VI^e Plan tout en maintenant les priorités des plans précédents, notamment en ce qui concerne la médecine rurale, la médecine préventive et la participation des populations à l'effort de santé.

Cependant, la crise économique et financière qui s'est installée avec les années 80 et les programmes d'ajustement structurel (PAS) mis en oeuvre pour la juguler, allaient avoir des effets négatifs sur les secteurs dits sociaux dont la santé et l'action sociale.

Cela s'est traduit, dans les VII^è et VIII^è plans par une réduction continue et en termes réels du budget de la santé et une faible augmentation des infrastructures socio-sanitaires.

A la fin du VII^è Plan, en 1989 précisément ont été élaborées une politique nationale de santé (P.N.S) ainsi que des orientations pour une politique d'action sociale tenant compte des nouvelles contraintes socio-économiques.

La politique de santé, en plus des traités internationaux en matière de santé que l'Etat a ratifiés (Pacte international relatif aux droits économiques et sociaux, Charte de développement sanitaire de la région africaine d'ici l'an 2000, Déclaration d'Alma-Ata) allait intégrer la stratégie dite de l'initiative de Bamako.

Les objectifs généraux de la P.N.S. sont :

- l'amélioration de la couverture sanitaire particulièrement en zone rurale et sub-urbaine ;
- l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ;
- le développement des actions préventives et éducatives ;
- la rationalisation des actions curatives ;
- la rationalisation et le développement des ressources humaines, matérielles et financières ;
- la maîtrise des variables démographiques.

Pour atteindre ces objectifs, un plan d'action en 13 points a été élaboré. Les éléments essentiels en sont :

- . la promotion de la participation des populations à l'effort de Santé ;
- . le renforcement du système d'information d'éducation et de communication par le développement des programmes et la diversification des canaux d'information ;
- . l'amélioration du système de production, d'approvisionnement et de distribution des médicaments et la rationalisation de leur utilisation ;

. le 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.

Les mesures d'accompagnement suivantes ont aussi été préconisées :

- la réorganisation du Ministère de la Santé ;
- la restructuration de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (P.N.A) ;
- l'octroi de l'autonomie financière aux hôpitaux et aux autres structures sanitaires ;
- la définition d'un statut juridique pour les organisations de santé communautaire ;
- la révision des textes sur l'utilisation des fonds communautaires affectés à la santé ;
- la restructuration des établissements de formation sanitaire et sociale.

Quant à la politique d'action sociale, elle vise :

- la promotion du bien-être des populations et le recul des inégalités sociales ;
- la restauration des tissus traditionnels de solidarité ;
- la participation de toutes les couches de la société à l'oeuvre de construction nationale ;
- l'élimination des fléaux sociaux (toxicomanies, délinquances, prostitution,...) et des maladies invalidantes ;
- la réinsertion socio-professionnelle des handicapés et des populations victimes de marginalisation.

Sur le plan opérationnel, cela se traduit de plus en plus par la promotion de l'éducation et de la formation des populations déshéritées pour leur auto-prise en charge dans le cadre de projets générateurs de revenus.

Cependant, les activités traditionnelles d'aide et d'assistance aux populations les plus démunies ont toujours cours.

Il s'agit de :

- . l'assistance aux familles sans revenus, aux chômeurs, aux veuves sans ressources, aux sinistrés, aux rapatriés... par des secours en nature ou en espèces ;

- . la prise en charge des personnes du 3^e âge dans les domaines de la santé, du logement et de l'amélioration de leurs revenus ;
- . la promotion sociale des handicapés par l'appareillage et la réinsertion socio-professionnelle ;
- . l'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 ;
- . l'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".

I.2. Le système de santé

I.2.1 Le système public

Il comprend l'ensemble des services administratifs et des structures sanitaires qui dépendent du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (M.S.A.S).

Son organisation épouse le découpage administratif du pays et repose sur la stratégie des Soins de Santé Primaires (S.S.P).

Le système public se présente sous forme de pyramide avec à la base, les structures communautaires rurales (maternités et cases de santé) dirigées par des agents de santé communautaires (ASC), réalisées et gérées par les populations.

Au second échelon, on trouve les postes de santé (P.S) implantés dans les chefs lieux d'arrondissements ou de communautés rurales. Ils sont dirigés par des Infirmiers-chefs de postes (I.C.P) et supervisent les structures communautaires.

Les structures communautaires et les PS dispensent les soins de santé primaires.

Au niveau intermédiaire se trouvent les centres de santé (C.S) qui jouent un rôle majeur dans le système du fait de leur polyvalence. Installés en général dans les chefs-lieux de départements ils sont dirigés par un médecin et dispensent les soins de second niveau.

Vient ensuite l'hôpital régional installé dans la capitale régionale et où sont référés les malades que le C.S. ne peut pas prendre en charge.

Au sommet de la pyramide, on trouve les hôpitaux nationaux du centre hospitaliser universitaire (C.H.U) qui dispensent des soins spécialisés ainsi que les institutions et services nationaux.

SYSTEME DE SANTÉ**NIVEAU ADMINISTRATIF**

Hôpitaux nationaux du C.H.U.-----> Capitale nationale

Hôpitaux régionaux-----> Capitales régionales

Centres de santé-----> Département

Postes de santé-----> Arrondissements, Communautés rurales

Cases de santé et maternités rurales-----> Villages

Dans la mise en oeuvre des actions, des plans de développement sanitaires sont élaborés aux niveaux des régions et des districts (PRDS et PDDS).

I.2.2. le système privé

Il est essentiellement concentré dans la région de Dakar et comprend le privé lucratif, le privé non lucratif et la médecine traditionnelle.

Le privé lucratif est composé d'hôpitaux, de cabinets médicaux et dentaires, de cliniques, d'officines de pharmacie et d'infirmières.

Le privé non lucratif comprend un hôpital et des postes de santé catholiques, un dispensaire ophtalmologique, les infirmières et cabinets d'entreprises et des services sociaux.

Il faut aussi souligner le rôle important joué par la médecine traditionnelle notamment en milieu rural et semi-urbain.

Enfin, plusieurs départements ministériels disposent d'infrastructures socio-sanitaires ne relevant pas du Ministère de la Santé.

II. LES RÉSULTATS OBTENUS ET LES CONTRAINTES

II.1 L'état des infrastructures

Le système sanitaire sénégalais possède un patrimoine bâti important. En 1993, il a été dénombré à la base 1665 cases de santé, 476 maternités rurales, 38 centres de protection et de réinsertion sociale (CPRS) ainsi que 714 postes de santé dont 76 privés, soit un poste de santé pour 11.000 habitants.

Les centres de santé sont au nombre de 52 soit 1 pour 152.000 habitants.

On dénombre 10 hôpitaux régionaux, soit un hôpital régional pour 611.000 habitants.

Le CHU compte 7 hôpitaux tous situés à Dakar.

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 ;
- les structures relevant d'autres ministères dont 2 hôpitaux, 28 centres médico-sociaux, des infirmeries,...
- les structures du privé avec 52 cliniques, 415 cabinets médicaux et 8 laboratoires d'analyses médicales pour le privé lucratif, un hôpital, 72 postes de santé et plusieurs infirmeries pour le non lucratif.

Le secteur pharmaceutique public comprend 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.

Les infrastructures socio-sanitaires sont caractérisées par leur insuffisance, leur sous-équipement, leur vétusté et leur mauvaise répartition.

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.

ANNEES	1980	1988	1993
Population par hôpital	475.251	404.818	465.510
Population par centre de santé	150.079	146.423	152.185
Population par poste de santé	12.031	10.442	11.083
Population par médecin	13.842	16.908	13.550
Femmes en âge de procréer et enfants 0-4 ans par sage femme	7.279	6.094	5.190

sources : MSP : Statistiques sanitaires et démographiques
Années : 1980, 1988 et 1992/1993.

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).

L'autre caractéristique des infrastructures sanitaires est leur très mauvaise répartition.

- 35 médecins généralistes ;
- 81 médecins spécialistes ;
- 69 pharmaciens dont 15 biologistes ;
- 62 chirurgiens dentistes
- 236 techniciens supérieurs de toutes spécialités ;
- 493 infirmiers d'État et agents sanitaires ;
- 100 agents d'hygiène ;
- 35 assistants et 22 aides sociaux.

Le personnel sanitaire est lui aussi très mal réparti. 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.

II.3 La mise en oeuvre des programmes de santé

Dans le cadre de la mise en oeuvre des SSP, un certain nombre de programmes verticaux sous-tendant cette stratégie sont en exécution. Les principaux sont :

- le programme élargi de vaccination (P.E.V) ;

Ce programme, de par son importance, a bénéficié du soutien de la communauté internationale. Son objectif était de vacciner tous les enfants de 0 à 5 ans au plus tard en 1991 contre les 7 principales maladies que sont la tuberculose, la fièvre jaune, la rougeole, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite.

Il y avait un objectif intermédiaire qui visait à vacciner 75% des enfants de la tranche d'âge précitée en 1987.

Ce programme est financé par nos partenaires extérieurs dont principalement l'UNICEF qui fournit les vaccins, les véhicules, l'équipement, les chaînes de froid en même temps qu'il appuie le suivi et l'évaluation du programme.

La première évaluation effectuée a montré que les résultats obtenus étaient bien en deça des prévisions fixées car, seulement 35% des enfants de 0 à 1 an ont été vaccinés alors que l'objectif était d'immuniser 75% des enfants de 0 à 5 ans.

Le programme a alors été renforcé, et a bénéficié d'une plus grande assistance de l'UNICEF. Son évaluation finale en février 1991 a montré un taux de couverture vaccinale satisfaisant pour les

enfants âgés de moins de 12 mois et meilleur quand on considère la tranche d'âge 12 - 23 mois avec 61% d'enfants complètement vaccinés.

Mais depuis quelques temps, on note une baisse des activités à tous les niveaux du fait de l'insuffisance de moyens matériels et financiers. Une analyse de l'UNICEF précise qu'en 1992 il a été noté une recrudescence des maladies cibles du P.E.V après la réduction observée entre 1985 et 1990 pour la rougeole, la poliomyélite, la diphtérie.

- le Programme de Santé maternelle et infantile et la Planification familiale (SMI/PF)

L'objectif de ce programme est 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.

Les activités de planification familiale ont commencé en 1970, et depuis lors elles se sont développées progressivement.

L'Association sénégalaise pour le bien-être familiale (ASBEF) qui a commencé ses activités en 1974 a ouvert des cliniques PF à Dakar et dans plusieurs capitales régionales. Elle bénéficie depuis 1981 de l'appui de l'USAID par l'intermédiaire du projet Santé Familiale et Population.

La deuxième phase de ce projet devrait être terminée en 1992. Le projet Bien-Etre Familial a pris le relais à partir de 1988 en finançant des activités de PF dans les régions non couvertes par le projet Santé Familiale et Population.

Le secteur privé a été associé aux activités de PF en 1985, dans le cadre du volet secteur privé et parapublic du projet Santé Familiale et Population. Ce volet visait l'introduction de services de planification dans les cliniques desservant les grandes entreprises privées et parapubliques. En 1990, il comptait 45 cliniques totalisant 4.158 utilisatrices.

D'autres organismes (ONG, Fonds PATHFINDER) participent aux activités de PF.

Ces activités commencent à être mieux perçues au Sénégal. L'enquête démographique et sanitaire effectuée en 1986 a montré que 70% des femmes en âge de procréer connaissent au moins une méthode moderne de contraception contre seulement 23% en 1978. Deux autres enquêtes conduites en 1986 et 1987 ont révélé que les hommes étaient favorables à la PF en tant que moyen d'espacer les naissances.

A partir de 1990, le Programme National de PF a fait l'objet d'une assistance par la Banque Mondiale dans le cadre du PDRH1, ceci afin de rendre les activités de PF accessibles au niveau le plus bas des structures sanitaires, notamment au niveau des postes de santé.

Environ 720 postes de santé étaient visés entre 1991 et 1995.

- le Programme de lutte contre les MST et le SIDA.

L'objectif de ce programme est la prévention, le dépistage et le traitement de ces maladies et le contrôle de la prostitution clandestine.

Les MST représentent 60% des cas de stérilité ;

L'épidémie de SIDA progresse inexorablement au Sénégal. En 1988, 149 cas étaient signalés et en 1990, 425 cas.

A l'heure actuelle, la progression de la maladie prend des proportions inquiétantes puisque la prévalence du sida au Sénégal est estimée à 1% et on a recensé 1573 cas en mai 1995. Il faut cependant prendre garde car 54.042 sénégalais sont séropositifs. Avec cette tendance, il y aura 90.944 cas en 1998.

Un comité SIDA a été mis en place. Il a élaboré un programme national de lutte contre le SIDA qui se fixe comme objectif de diminuer la transmission, d'améliorer la prise en charge des malades et des séropositifs, de développer l'information et de promouvoir la recherche.

Le programme SIDA est appuyé par des bailleurs de fonds multilatéraux (OMS/PNUD) et bilatéraux (USAID, CEE, FRANCE, CANADA).

II.4 La politique du médicament

Depuis 1998, le Ministère de la santé a défini les grandes orientations de sa politique pharmaceutique pour une quinzaine d'années.

L'objectif majeur de cette politique est de rendre le médicament accessible à toutes les couches de la population.

La mise en oeuvre de cette politique n'a été effective qu'en 1990/91, dans le cadre de la préparation du PDRH1. A cet effet, un arrêté ministériel fixe pour chaque niveau du système de santé une liste restreinte de médicaments et produits essentiels et demande aux structures sanitaires de consacrer l'essentiel de leurs ressources à l'acquisition de tels médicaments et produits.

Les médicaments essentiels sont définis comme étant "les médicaments destinés aux affections les plus couramment rencontrées, les plus efficaces, les moins dangereux et les plus accessibles à tous les points de vue aux populations les plus démunies".

L'approvisionnement et la distribution des produits pharmaceutiques sont assurés par la pharmacie nationale et les Pharmacies régionales d'approvisionnement (PNA et PRA), les dépôts de médicaments et par les structures du secteur privé.

La PNA joue un rôle important dans l'approvisionnement en médicaments, mais elle a connu de nombreuses difficultés du fait de son statut de service administratif et des lenteurs dans la mobilisation de ressources.

Il a donc fallu la réformer afin de la rendre opérationnelle. Cette réforme a été faite dans le cadre du PDRH1 et vise à promouvoir une utilisation et une disponibilité plus vastes des médicaments essentiels et à réduire considérablement les coûts. L'appui du PDRH1 couvre les rubriques suivantes :

- la réforme de la Pharmacie nationale d'approvisionnement;
- la constitution d'un stock initial de médicaments pour les districts sanitaires ;
- l'organisation de campagnes d'information sur les médicaments essentiels ;
- l'élaboration d'une stratégie à long terme pour le secteur pharmaceutique ;

La réforme de la PNA avait prévu :

* l'adoption de mesures de restructuration lui permettant de disposer de la souplesse financière voulue pour remplir ses fonctions commerciales tout en gardant son statut d'organisme gouvernemental ;

* l'amélioration des systèmes financier, de gestion, de passation des marchés et de distribution des médicaments.

II.5 L'action sociale

L'élaboration et la mise en oeuvre de la politique d'action sociale est confiée à la Direction de l'Action sociale (DAS).

Elle dispose, pour cela, d'un budget de 140,5 millions dont 60 millions pour les secours en nature et de 98 agents dont 63 assistants et 14 aides sociaux.

La DAS est confrontée, comme le ministère de la Santé, à l'insuffisance du personnel, des moyens matériels et financiers et des infrastructures.

Ainsi, les 38 CPRS sont insuffisants et mal répartis sur le territoire national pour répondre à une demande sociale croissante.

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 révalorisation 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.

II.6 Le financement de la santé

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

1./ Le budget national

La part du budget national allouée à la santé n'a cessé de se dégrader, passant de 9% au début des années 70 à un peu plus de 5% au début de la décennie 90. Le Gouvernement s'était alors engagé à l'accroître de 0,5% par an pour atteindre les 9% recommandés par l'OMS.

Pour 1995, le budget du Ministère de la santé représente 6,5% du budget national et s'élève à près de 17 milliards dont plus de 60% sont consacrés aux dépenses de personnels, 25% environ aux matériels et médicaments et seulement 3% aux investissements. Cette dernière rubrique est financée pour l'essentiel par l'aide extérieure.

Cependant, des mesures sont prises pour améliorer le budget de la santé. Il s'agit notamment de la promotion et de la diversification des ressources alternatives, de la redynamisation des comités de santé et de la réforme de la PNA.

D'autres ministères participent également au financement de la santé par le biais de structures sanitaires relevant d'organismes placés sous leur tutelle.

2./ Les budgets locaux

La part des collectivités locales dans le financement de la santé devrait être de 8% pour les communautés rurales et de 9% pour les communes. Cependant, le niveau réel de cette participation n'est pas toujours connu ni maîtrisé.

3./ Participation des populations

Elle est fort appréciable. Elle se matérialise par la construction d'infrastructures (cases et postes de santé, maternités rurales) mais aussi par la fourniture de personnel communautaire, l'achat de médicaments et la participation financière aux consultations, accouchements et autres soins.

4./ Autres sources de financement

Il s'agit :

- de l'aide extérieure qui englobe l'assistance bi-et multilatérale et le financement de projets prioritaires et d'investissements ;
- de l'appui que des O.N.G. apportent à certains projets de développement ;
- de la participation des groupements associatifs, des émigrés notamment, des sociétés privées et de diverses mutuelles.

Comme on peut le remarquer, les populations ainsi que de nombreux secteurs de l'économie nationale participent au financement de la santé. Cependant, le manque de coordination et de maîtrise des diverses sources de financement ne permet pas une très bonne utilisation des ressources.

La participation des collectivités locales qui pourrait pallier dans une large mesure les insuffisances de l'État reste, à l'exception de la Commune de Dakar, difficilement mobilisable.

En outre, dans ce contexte de réréfaction des ressources due en particulier à la dévaluation du franc CFA, des acquis aussi importants que la promotion des médicaments et produits essentiels risquent d'être compromis et l'accès des plus démunis aux soins remis en cause.

II.7 Niveau d'exécution de mesures d'accompagnement

La plupart des mesures d'accompagnement préconisées par le VIII^e Plan a été exécutée dans le cadre du PDRH1 ou en cours de l'être.

Il s'agit des mesures concernant la réorganisation du Ministère de la Santé, la restructuration de la PNA, la définition d'un statut juridique pour les organisations de santé communautaire et la réforme des écoles de formation sanitaire.

Les mesures non encore exécutées concernent l'autonomie financière pour les hôpitaux et la révision des textes sur l'utilisation des fonds municipaux affectés à la santé.

La décision d'accorder un statut autonome aux hôpitaux n'a pas encore été prise. Une étude relative aux missions des hôpitaux du CHU devrait préciser le statut, les modes d'organisation et de gestion qu'ils pourraient avoir dans le cadre d'une autonomie. A long terme, si le résultat de cette réforme s'avérait concluant, le système sera étendu à l'ensemble des hôpitaux.

III. LES NOUVELLES ORIENTATIONS

La santé est un droit fondamental pour tout citoyen comme le stipule la constitution en son article 14 : "l'État et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille".

La politique de santé et d'action sociale a pour objectif de favoriser le bien-être pour toutes les couches de la population.

L'ensemble des stratégies mises en oeuvre s'articulent autour de la généralisation des SSP, fondement de la politique nationale de santé.

Cependant, force est de constater que le Sénégal est encore loin de l'objectif qu'il s'était fixé pour la fin de ce siècle.

Le Ministère de la santé a donc initié une réflexion afin de définir les nouvelles orientations qui permettraient de réactualiser, d'approfondir et de redynamiser la politique nationale de santé et d'action sociale.

Des axes prioritaires ont ainsi été dégagés dans les quatre domaines suivants :

- * les ressources humaines
- * les prestations des services de santé et d'action sociale
- * la politique du médicament
- * le financement de la santé et de l'action sociale ¹

Il s'agira, pour le premier volet :

¹ Ministère de la Santé et de l'Action Sociale : Nouvelles orientations de la politique de santé et d'action sociale. Juin 1995

- promouvoir la recherche sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles et la production de médicaments à base de plantes;
- obtenir une meilleure accessibilité et une plus grande disponibilité du médicament par une baisse générale des prix et une amélioration du système d'approvisionnement et de distribution des médicaments ;
- promouvoir un usage rationnel des médicaments ;
- rendre opérationnels le laboratoire et les services de contrôle pharmaceutiques.

Pour le dernier volet, il s'agira :

- de redéfinir les rôles respectifs de l'État, des collectivités locales, des populations, des bailleurs de fonds et des ONG dans le financement de la santé ;
- d'augmenter la part du budget de l'État consacrée à la santé ;
- de rechercher des ressources additionnelles et de mieux intégrer les différentes sources de financement afin de mieux les maîtriser et de mieux dépenser.

De telles mesures, si elles sont prises et appliquées de manière correcte et résolue, permettraient, à coup sûr, de terminer le siècle en étant aussi près que possible, pour des économies comme la nôtre, de l'objectif que nous nous étions fixés pour la fin de ce millénaire.