

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une Foi



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

**LETTRE DE POLITIQUE  
SECTORIELLE DE  
DEVELOPPEMENT DE LA SANTE  
ET DE L'ACTION SOCIALE**

Septembre 2016

## Table des matières

I. CONTEXTE .....	5
II. DIAGNOSTIC DU SECTEUR .....	5
<b>2.1. DELIMITATION DES SOUS-SECTEURS .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2. DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE .....</b>	<b>6</b>
<b>2.3. EVALUATION DES FINANCEMENTS MOBILISES AU COURS DES     DERNIERES ANNEES .....</b>	<b>12</b>
<b>2.4. DEFIS MAJEURS .....</b>	<b>13</b>
III. CADRE STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT .....	13
<b>3.1. VISION DU SECTEUR .....</b>	<b>13</b>
<b>3.2. PRINCIPES ET VALEURS .....</b>	<b>13</b>
<b>3.3. MISSIONS DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE .....</b>	<b>14</b>
<b>3.4. OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES .....</b>	<b>14</b>
<b>3.4.1. OBJECTIF GENERAL .....</b>	<b>14</b>
<b>3.4.2. AXES STRATEGIQUES .....</b>	<b>14</b>
<b>3.4.3. PROGRAMMES FONCTIONNELS .....</b>	<b>16</b>
IV. CADRE DE PILOTAGE ET DE SUIVI EVALUATION .....	17
<b>4.1. CADRE DE PILOTAGE STRATEGIQUE .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2. CADRE DE SUIVI-EVALUATION .....</b>	<b>17</b>

# ACRONYMES

**CEDEAO** : Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest

**CIS** : Comité Interne de Suivi

**CL** : Collectivité locale

**CMU** : Couverture maladie universelle

**CP** : Contrat de Performance

**CPN** : Consultation Prénatale

**CPRS** : Centre de Promotion et de Réinsertion sociale

**CPS** : Chimio Prévention saisonnière

**CRS** : Centre de Réinsertion Sociale

**DPPD** : Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses

**DS** : District sanitaire

**EDS** : Enquête Démographique et de Santé

**EPS**: Établissements publics de Santé

**FFOM** : Forces- faiblesses- Opportunités- Menaces

**LPSD** : Lettre de Politique Sectorielle de Développement

**MCS** : Mission conjointe de supervision

**MSAS** : Ministère de la Santé et de l'Action sociale

**MTN** : Maladies tropicales négligées

**NEPAD** : Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique

**ODD** : Objectifs de Développement Durable

**OMD**: Objectifs du Millénaire pour le Développement

**OMS** : Organisation mondiale de la Santé

**ONP**: Observatoire National de la Parité

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**PCIME** : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

**PDIS**: Programme de Développement intégré du Secteur de la Santé

**PEV** : Programme élargi de vaccination

**PF**: Planification familiale

**PNDS** : Plan National de Développement sanitaire

**PNUD**: Programme des Nations Unies pour le Développement

**PSE** : Plan Sénégal Émergent

**PTF**: Partenaire Technique et Financier

**RAC** : Revue annuelle conjointe

**RM:** Région médicale

**SR :** Santé de la Reproduction

**UEMOA:** Union Économique et Monétaire Ouest Africaine

# INTRODUCTION

Le droit à la santé et à un environnement sain est garanti par l'article 8 de la Constitution du Sénégal. En outre, la Constitution dispose en son article 17 que «... l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille, et en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

L'Etat du Sénégal a toujours affirmé son engagement à faire de la santé un secteur prioritaire, où tous les ménages bénéficient d'un accès universel à des services de qualité, sans aucune forme d'exclusion.

Cette priorité est prise en compte dans l'axe II « Développement du capital humain, protection sociale et développement durable » du Plan Sénégal Emergent (PSE) qui sert de cadre de référence à l'action de l'Etat.

Avec l'adoption des budgets-programmes émanant des directives du cadre harmonisé des finances publiques de l'UEMOA<sup>1</sup>, l'élaboration des lettres de politique sectorielle de développement devient un impératif en tant que cadre de référence à l'élaboration des stratégies de développement au sein des départements ministériels.

La présente Lettre de Politique sectorielle de Développement (LPSD) de la Santé et de l'Action sociale détermine ainsi la contribution du secteur à la réalisation des objectifs de développement contenus dans le PSE. Elle décline les orientations politiques et stratégiques du secteur pour l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD).

Son élaboration a suivi une démarche participative et inclusive avec l'implication de l'ensemble des acteurs du secteur, notamment le Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, les Partenaires techniques et financiers, les partenaires sociaux.

Couvrant la période 2016-2025, cette LPSD dégage les orientations et fixe les repères qui sous-tendent les actions émanant des différentes entités du département. Elle s'articule autour de : (i) présentation du secteur ; (ii) analyse de la situation du secteur ; (iii) cadre d'orientation stratégique du secteur ; (iv) cadre de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.

---

<sup>1</sup> Directive N°06/CM/UEMOA du 26 juin 2009 portant lois de finances au sein de l'UEMOA

# **I. CONTEXTE**

L'élaboration de la LPSD survient dans un contexte marqué par d'importantes mutations aux plans international, sous régional, national et sectoriel.

Aux plans international et sous régional :

- le nouvel agenda de développement international dans le cadre des Objectifs du Développement durable.
- la mise en œuvre des directives de l'UEMOA relatives au cadre harmonisé des finances publiques instaurant notamment les budgets-programmes,

Aux plans national et sectoriel:

- l'adoption et la mise en œuvre du Plan Sénégal Emergent (PSE),
- l'Acte III de la Décentralisation,
- la tenue des assises nationales de l'action sociale en 2008 et des concertations nationales sur la santé et de l'action sociale en 2012,
- l'élargissement des missions du département ministériel de la Santé avec l'intégration de l'Action sociale et l'actualisation de son organisation,
- la création du Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS),
- le lancement du programme de couverture maladie universelle (CMU) avec la création de l'Agence de la CMU.

# **II. DIAGNOSTIC DU SECTEUR**

## **2.1. DELIMITATION DES SOUS-SECTEURS**

Dans sa configuration actuelle, le MSAS est constitué de deux sous-secteurs :

- la Santé et
- l'Action sociale.

L'organisation du secteur est résumée comme suit :

Sur le plan administratif :

- un niveau central qui regroupe outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés et les centres nationaux de réinsertion sociale,
- un niveau intermédiaire qui regroupe les régions médicales et les services régionaux de l'Action Sociale,
- un niveau périphérique avec les districts sanitaires et les Services départementaux de l'action sociale.

Sur le plan de l'offre de services de soins :

- les Etablissements Publics de Santé hospitaliers et non hospitaliers,
- les centres de santé,
- les postes de santé,
- les cases de santé.

Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé.

Le dispositif de l'offre de services d'action sociale se présente ainsi qu'il suit :

- les Centres de réinsertion sociale (CRS),
- les Centres de Promotion et de Réinsertion sociale (CPRS).

L'offre de proximité et communautaire est assurée par des intervenants de première ligne au sein des hôpitaux, des centres de santé et des structures scolaires.

## **2.2. DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE**

Le secteur de la Santé est marqué par une transition épidémiologique avec l'émergence de nouvelles maladies à potentiel épidémique, la recrudescence des maladies non transmissibles et la persistance des maladies endémiques (Paludisme, Tuberculose et VIH/Sida).

Les usagers du système de santé et d'action sociale sont constitués en particulier des femmes, des enfants, des adolescents, des personnes âgées et des groupes dits vulnérables (personnes handicapées, enfants déshérités, personnes indigentes etc.).

Au profit de ces populations, le ministère a mis en œuvre des politiques d'accès universel aux soins (couverture maladie universelle), d'autonomisation des groupes vulnérables (carte d'égalité des chances) et de la densification de l'offre de soins surtout en milieu rural.

Malgré les progrès notables enregistrés, la situation sanitaire et sociale au Sénégal reste caractérisée par une mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile encore élevée, des défaillances dans la prévention et dans la prise en charge de la maladie ainsi que la persistance de la vulnérabilité.

### **2.2.1. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent**

La mortalité maternelle est encore élevée (392/100.000 NV)<sup>2</sup> à cause d'une part de l'insuffisance de la prise en charge des urgences obstétricales d'autre part les faibles performances enregistrées dans la surveillance de la grossesse avec un taux d'achèvement de la Consultation Périnatale qui a baissé de 50% en 2013 à 53,8%<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> EDS - MICS 2010-2011

<sup>3</sup> EDS-continue 2016

en 2016. Par ailleurs, la prévalence contraceptive s'est nettement améliorée au cours des dernières années, passant de 12% en 2010, à 20% en 2014 et 25,1%<sup>4</sup> en 2016.

La mortalité infantile et néonatale demeure une préoccupation constante pour notre pays qui a toutefois consenti d'importants efforts. En effet, au cours de ces dernières années, les programmes de survie de l'enfant ont entraîné une baisse des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, passant respectivement de 44‰ en 2010 à 36‰ en 2016<sup>5</sup> et de 68‰ à 51‰ dans la même période. Parallèlement, le taux de mortalité néonatale a diminué dans des proportions presque identiques : entre 2010 et 2016, il est passé de 27‰ à 21‰ en 2016.

## 2.2.2. Prévention et prise en charge de la maladie

### a. Maladies transmissibles

Dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles, des résultats significatifs ont été enregistrés.

Pour le **Paludisme**, les efforts consentis ces dernières années se sont traduits par une chute importante de la morbidité proportionnelle palustre qui est passée de 7,48% en 2013 à 3,29% en 2016<sup>6</sup>. De plus, la prévalence parasitaire est passée de 3 à 1,2%<sup>7</sup> et la mortalité toutes causes confondues de 72‰ à 33‰<sup>8</sup> chez les moins de 5 ans.

En ce qui concerne le **VIH/SIDA**, la séroprévalence dans la population générale demeure stationnaire à 0,7% entre 2005 et 2016<sup>9</sup> avec de grandes disparités entre les régions d'une part, les sexes et les groupes cibles d'autre part.

Pour ce qui est de la **Tuberculose**, les données épidémiologiques ont montré une augmentation dans la notification des cas de 87 cas pour 100 000 habitants en 2003 à 95 cas pour 100 000 en 2013<sup>10</sup>. Des efforts ont été également faits dans la détection des cas et dans l'introduction de la gratuité des médicaments et produits dédiés.

Les **Maladies tropicales négligées** (MTN) à chimiothérapie préventive de masse (comme la bilharziose) et celles à prise en charge « cas par cas » (comme la lèpre) persistent, bien que d'énormes efforts aient été réalisés.

---

<sup>4</sup> EDS-continue 2016

<sup>5</sup> EDS-continue 2016

<sup>6</sup> Rapport de performances du DPPD 2016

<sup>7</sup> Rapport de performances du DPPD 2014

<sup>8</sup> Rapport de performances du DPPD 2014

<sup>9</sup> EDS-continue 2016

<sup>10</sup> Rapport évaluation à mi-parcours du PNDS



## **b. Maladies non transmissibles**

Les maladies chroniques constituent une autre préoccupation du secteur de la santé du fait de la progression constante du nombre de personnes affectées. Il s'agit notamment de l'hypertension artérielle, du diabète, de l'insuffisance rénale et du cancer.

**L'hypertension artérielle** est la maladie la plus répandue avec une prévalence estimée à 24%<sup>11</sup> dans la population générale. Cette maladie est plus fréquente en zone rurale (26,2%)<sup>12</sup> qu'en zone urbaine (21,7%)<sup>13</sup>.

Pour **l'hypercholestérolémie**, la prévalence dans la population générale est estimée à 19,2%<sup>14</sup>. L'enquête STEPS a révélé une fréquence plus élevée de l'hypercholestérolémie en zone rurale (22,5%) qu'en zone urbaine (16,1%).

Concernant le **diabète**, la prévalence globale est estimée à 2,1% dont 2,9% en zone urbaine et 1,3% en zone rurale.

La prévalence du cancer au Sénégal n'est pas connue, le secteur ne disposant que de données parcellaires essentiellement hospitalières.

La prise en charge de ces maladies chroniques à soins coûteux reste encore insuffisante.

### **2.2.3. Renforcement du système de santé**

Dans le domaine du renforcement du système de santé, de très importants efforts ont été consentis au cours des dernières années. Néanmoins des gaps restent à combler.

#### **a. Les infrastructures, les équipements et la maintenance**

Le secteur de la santé et de l'action sociale continue d'être confronté à un problème de couverture en infrastructures et équipements sanitaires. Les indicateurs de couverture montrent une répartition inégale des infrastructures sur le territoire national. Il en est de même de la disponibilité et de la qualité des plateaux techniques. À cela s'ajoute une insuffisance persistante de la maintenance des investissements devant garantir leur pérennité.

#### **b. Les Ressources humaines**

Le secteur de la santé et de l'action souffre d'un grand déficit en personnel malgré les efforts de l'Etat et des partenaires dans le recrutement. Aussi, les ressources

---

<sup>11</sup> Rapport enquête STEPS

<sup>12</sup> Rapport enquête STEPS

<sup>13</sup> Rapport enquête STEPS

<sup>14</sup> Rapport enquête STEPS

humaines sont-elles inégalement réparties sur le territoire. Cependant les possibilités de formation existantes pourraient combler graduellement ce déficit.

### **c. La disponibilité des médicaments et produits essentiels**

La mise en œuvre progressive des différentes stratégies ("PRA MOBILE", Jegesi Naa (Je me suis rapproché) et "Yeksi Naa" (Je suis arrivé) a contribué à la réduction des ruptures de stock au niveau des formations sanitaires. Cependant, le problème de l'accès aux médicaments et produits essentiels reste encore aigu en raison du faible pouvoir d'achat de la population et des faiblesses par rapport au respect de la réglementation des prix.

### **d. L'accueil et les urgences**

La réforme hospitalière a été introduite aux fins d'améliorer les performances du sous-système hospitalier aussi bien sur le plan de la gestion que celui de la qualité des soins avec une autonomie de gestion. Toutefois, l'obligation d'assurer la mission de service public demeure difficile à respecter notamment en ce qui concerne l'accueil et les urgences. Ces derniers constituent jusqu'à présent le point faible des hôpitaux. En effet, les problèmes de leur organisation et de leur prise en charge ont souvent terni l'image des hôpitaux.

Le renforcement tardif des Services d'accueil et d'urgences (SAU) a comme conséquence une mauvaise qualité de la prise en charge des malades sur toute la chaîne de la référence /contre référence. Il convient dès lors de mettre aux normes les SAU qui se sont développés ces dix dernières années avec l'avènement des Projets d'Etablissement et des CPOM.

### **e. Le système d'information sanitaire et la recherche en santé**

Le système d'information sanitaire constitue un des maillons clé du plan de suivi évaluation du PNDS. Il a été caractérisé pendant des années par une sérieuse fragmentation (existence de plusieurs sous-systèmes).

L'état actuel du système d'informations sanitaires est caractérisé par la mise en place d'un processus visant à centraliser et à intégrer l'ensemble des données sanitaires et sociales dans une même et unique plateforme. Cette dynamique devra se poursuivre afin de permettre aux décideurs de disposer de données en temps réel.

La recherche en santé a occupé une place importante dans la politique de santé et d'action sociale, notamment depuis la loi 2009-17 du 09 mars 2009 portant Code d'éthique pour la recherche en santé, et son décret d'application organisant le fonctionnement dudit comité, ce qui constitue un réel progrès dans la gouvernance locale de la recherche en santé. Cette dynamique devra également se poursuivre pour un renforcement des capacités de recherche et une meilleure capitalisation des

résultats dans une perspective d'utilisation systématique des évidences dans les politiques et pratiques de santé et d'action sociale.

#### **f. La télésanté**

L'utilisation de la télésanté est aujourd'hui incontestable et son impact sur la santé est considérable même si son développement est encore limité. Néanmoins de nombreuses initiatives sont en cours dans ce domaine, notamment:

- m-diabète dans l'utilisation du mobile dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles,
- Care for Health,
- télémédecine
- Jokko santé,
- Karange etc.

L'optique visée est de développer un programme d'utilisation des TIC pour une meilleure santé et une équité dans l'offre de santé et d'action sociale.

#### **g. La promotion de la santé et du genre**

La promotion de la santé a fait l'objet d'une stratégie nationale 2001- 2011 qui n'a pas été mise en œuvre. Cette stratégie visait dans une approche intégrée et centralisée une meilleure santé de la communauté. Le constat est la persistance d'actions isolées de promotion de la santé par certains programmes réduisant du coup le potentiel d'atteinte des objectifs visés. Le nouveau programme de promotion de la santé 2016-2020 devrait permettre de combler ces gaps.

La promotion du genre est institutionnalisée au sein du MSAS qui, comme le recommande le PSE, l'a intégré dans sa politique de santé et d'action sociale.

#### **h. Le partenariat, la décentralisation et la multisectorialité**

Le partenariat, la décentralisation de la santé et la multisectorialité constituent des approches stratégiques importantes dans la mise en œuvre de la politique de santé et d'action sociale.

Le partenariat avec le secteur privé s'est renforcé par la signature d'une convention avec l'Alliance du secteur privé de la Santé du Sénégal qui matérialise la plateforme du dialogue public-privé et la densification de la collaboration avec les ONG.

Dans le cadre de la gestion des groupes vulnérables, il existe une réelle collaboration avec les structures faitières pour la mise en œuvre des politiques sectorielles, ce qui

a entraîné la mise en place d'un comité scientifique comme cadre de partage avec les différents acteurs.

Dans le cadre de l'approfondissement de la décentralisation de la santé et de l'action sociale, le MSAS a initié une réforme des organes de gestion (comité de santé et comité de gestion) et l'application de la politique d'action sociale (commission technique chargée d'instruire les cartes d'égalité des chances et commission chargée de l'éducation spéciale). Ces réformes visent une meilleure efficacité dans la gestion de la compétence santé et action sociale au niveau local.

Dans le cadre du renforcement de la collaboration avec les autres secteurs, le MSAS a mis en place une plateforme multisectorielle pour la mise en œuvre des politiques de santé et d'action sociale.

### **i. La Protection sociale**

L'accessibilité financière aux soins dans les structures sanitaires demeure toujours problématique pour la majorité des sénégalais, a fortiori pour les groupes vulnérables. En effet, la part des dépenses des ménages dans les dépenses de santé s'élève à 43%<sup>15</sup>. Cette situation s'explique par le fait que la plupart des ménages ne bénéficient pas d'un système de couverture maladie. En effet, selon la stratégie d'extension de couverture du risque maladie, près de 80% des sénégalais ne disposaient pas de couverture du risque maladie en 2013. Cette situation a amené l'Etat à mettre en place le programme de Couverture Maladie Universelle (CMU) pour permettre d'une part la couverture médicale des populations en particulier le monde rural et le secteur informel à travers les mutuelles de santé communautaires, d'autre part la prise en charge de certaines cibles par les gratuités (césariennes, dialyses, plan sésame, enfants de 0-5ans). L'Etat assure ainsi par des mécanismes de subventions la prise en charge des indigents et groupes vulnérables (Bourse de Sécurité Familiale et Carte d'Egalité des Chances). Ainsi, à ce jour, la population couverte par un système d'assurance maladie est estimée à 11% à travers les imputations budgétaires et les institutions de prévoyance maladie accessibles aux travailleurs du secteur formel, 19% à travers la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les personnes âgées, et 2% à travers les mutuelles de santé (Rapport CMU, 2015).

Par ailleurs, la pauvreté, les inégalités sociales et les disparités territoriales restent préoccupantes selon le PSE, mettant en évidence l'urgence d'améliorer de manière durable les conditions de vie des populations. Le caractère faible de la croissance économique a compromis les chances d'atteindre l'objectif de réduction de moitié de l'incidence de la pauvreté (34% pour 2015)<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Comptes Nationaux de la Santé 2006-2008

<sup>16</sup> Enquête ménage, ANSD

Le diagnostic du sous-secteur de l'action sociale a révélé la nécessité de mettre en place une politique permettant l'autonomisation des personnes exclues et/ou marginalisées et de groupes sociaux vulnérables. Le Ministère de la santé et de l'Action sociale a mis en œuvre cinq (5) programmes de prise en charge des groupes vulnérables avec des taux de réalisation très élevés, allant de plus de 70% à 100 % en plus du programme de la carte d'égalité des chances.

#### **j. La gouvernance sanitaire**

Le MSAS a une longue tradition d'élaboration et de mise en œuvre d'importants outils de planification et de gestion axée sur les résultats.

Il est à noter une bonne fonctionnalité des cadres de coordination et de suivi (CIS, RAC, MCS) du PNDS 2009-2018.

La Gouvernance du secteur de la santé et de l'action sociale a souffert de certaines limites comme l'appropriation insuffisante de l'exercice d'élaboration des PTA, la persistance de la logique de budget fondé sur une base historique, l'inexistence de mécanismes d'arbitrage budgétaire avec des critères d'allocation de ressources mais aussi l'insuffisante coordination des interventions des partenaires malgré les bénéfices tirés de l'approche sectorielle.

### **2.3. EVALUATION DES FINANCEMENTS MOBILISES AU COURS DES DERNIERES ANNEES**

Entre 2012 et 2017, le budget du Ministère de la santé et de l'Action sociale est passé de **110 505 288 086 FCFA** à **163 522 351 000 FCFA**, soit une augmentation de **53 017 062 914 FCFA** en valeur absolue et **47,97 %** en valeur relative

Tableau: Evolution du budget alloué à la santé de 2012 à 2017

	2 012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Dépenses de personnel</b>	36 532 629 086	35 388 243 500	35 879 390 760	35 983 860 980	35 218 972 660	36 174 009 000
<b>Dépenses de fonctionnement</b>	10 125 322 000	10 235 685 000	10 325 170 000	7 515 597 000	8 000 597 000	7 675 537 000
<b>Transferts courants</b>	24 902 337 000	27 556 245 000	28 756 245 000	34 123 245 000	37 823 245 000	39 265 805 000
<b>Investissements exécutés par l'Etat</b>	36 086 000 000	36 750 000 000	39 465 659 000	46 750 000 000	62 272 000 000	71 142 000 000
<b>Transferts en capital</b>	2 859 000 000	13 762 000 000	12 669 000 000	10 194 000 000	6 775 000 000	9 265 000 000
<b>TOTAL</b>	<b>110 505 288 086</b>	<b>123 692 173 500</b>	<b>127 095 464 760</b>	<b>134 566 702 980</b>	<b>150 089 814 660</b>	<b>163 522 351 000</b>

Source : Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement (DAGE)

Evolution du budget alloué à la santé de 2012 à 2017 Par ailleurs, l'analyse des montants globaux de la période 2009 à 2013 indique que le financement réalisé dans cette période bien qu'important reste en deçà des prévisions du PNDS. En effet, selon le rapport de l'évaluation à mi-parcours du PNDS, le MSAS a reçu sur la période, un financement de 584,12 milliards de FCFA. L'Etat a été le principal pourvoyeur en ressources financières, avec un apport de 356,2 milliards de FCFA, représentant 61% du financement. Il est suivi par les populations avec un apport au financement de 127,6 milliards de FCFA, représentant 21,8%. Viennent ensuite les partenaires techniques et financiers et les Collectivités Locales pour respectivement 14% et 3%.

## **2.4. DEFIS MAJEURS**

Du diagnostic et de l'analyse stratégique, un certain nombre de défis majeurs sont notés :

- Réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile,
- Maitrise des déterminants de la santé,
- Equité dans l'offre et la demande des services de santé et d'action sociale,
- Renforcement durable du système de santé,
- Amélioration de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques.

# **III. CADRE STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT**

La stratégie de développement du secteur porte sur un certain nombre d'éléments clés que sont : la vision, les valeurs et principes ainsi que les orientations stratégiques.

## **3.1. VISION DU SECTEUR**

La vision globale du secteur repose sur l'ambition de faire du Sénégal un pays où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé et d'action sociale de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé et de bien-être économiquement et socialement productif.

## **3.2. PRINCIPES ET VALEURS**

Les principes et valeurs du Ministère de la Santé et de l'Action sociale s'articulent autour des éléments suivants : l'intégrité, l'éthique, l'équité, la solidarité, la responsabilité et la transparence.

### **3.3. MISSIONS DU MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE**

Selon le **Décret n°2014-867 du 22 juillet 2014**, le Ministre de la Santé et de l'Action sociale prépare et met en œuvre la politique définie par le Chef de l'Etat dans le domaine de la santé, de la prévention, de l'hygiène et de l'action sociale. Ainsi, les missions du Ministre de la Santé et de l'Action sociale sont de :

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

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

### **3.4. OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES**

#### **3.4.1. OBJECTIF GENERAL**

L'objectif général de la politique de santé et d'action sociale est de : « contribuer à l'amélioration des conditions de vie socio-sanitaires de la population sénégalaise, sans aucune forme d'exclusion ».

#### **3.4.2. AXES STRATEGIQUES**

Eu égard aux éléments de diagnostic de la situation, au programme du gouvernement et à la nature des contextes national et international dans lesquels

cette LPSD est élaborée, les axes d'interventions qui s'imposent sont essentiellement liés au développement des réponses aux nouvelles priorités se rapportant essentiellement à la satisfaction du droit d'accès aux soins essentiels et à la protection sociale, et d'autre part à la méthode avec laquelle la politique sera mise en œuvre et les actions développées.

Ainsi, la politique de développement de la santé et de l'action sociale préconisée pour les dix prochaines années repose sur les 3 axes d'interventions suivants :

### **Axe stratégique 1: Amélioration de l'offre de services de santé et d'action sociale**

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale vise la densification des plateformes de santé et d'action sociale garantissant une répartition dynamique et équitable de l'offre de services de santé compatible avec la performance et la démocratisation de l'accès aux soins.

Pour cela, le MSAS met l'accent sur :

- la couverture en infrastructures sanitaires et sociales obéissant à des normes et standards nationaux et internationaux,
- la disponibilité de professionnels de santé et d'action sociale qualifiés à travers tout le pays, particulièrement dans les zones rurales et les zones faiblement desservies,
- la disponibilité et l'accessibilité de médicaments, de vaccins et de consommables de qualité.

### **Axe stratégique 2: Renforcement de la protection sociale dans le secteur**

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale s'engage à améliorer l'accessibilité des populations aux services de santé et d'action sociale, en particulier pour les plus pauvres, les handicapés et les groupes vulnérables. Le MSAS compte promouvoir des mécanismes de financement qui renforcent la solidarité à travers un dispositif d'assurance sociale (mutuelles de santé, assurance maladie volontaire etc.).

Par ailleurs, la stratégie d'autonomisation des groupes vulnérables constitue l'aspect principal de la politique d'action sociale mise en œuvre par le Département.

Il s'agit d'encadrer et d'organiser le financement d'activités génératrices de revenus au profit des groupes vulnérables visant à :

- lutter contre la pauvreté ;



- rendre capables les personnes vulnérables et les personnes handicapées à prendre en charge leurs soins de santé, notamment en adhérant aux mutuelles de santé.

### **Axe stratégique 3: Amélioration de la gouvernance**

Il s'agit de renforcer les capacités institutionnelles, législatives et réglementaires dans le secteur de la santé et de l'Action sociale.

Ainsi, le MSAS s'engage à :

- adapter et renforcer le cadre institutionnel et juridique,
- renforcer les capacités administratives à tous les niveaux dans le contexte de la décentralisation,
- renforcer le Système d'Information sanitaire (SIS) et de recherche en santé pour appuyer la politique et les pratiques du secteur,
- renforcer la collaboration intersectorielle et la coordination des interventions des acteurs autour des déterminants sociaux de la santé.
- renforcer le partenariat public-privé pour une offre intégrée des services de santé et d'action sociale, le développement des investissements sanitaires et l'appropriation des compétences transférées.
- Renforcer le financement de la santé à travers l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie nationale de la santé pour la couverture sanitaire universelle

### **3.4.3. PROGRAMMES FONCTIONNELS**

Les axes stratégiques et actions prioritaires ci-dessus retenus par le MSAS, seront déclinés dans le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD) qui constituent le cadre d'opérationnalisation de la politique du département, en quatre (04) programmes fonctionnels suivants :

**Programme 1** : Pilotage, Coordination et Gestion du secteur

**Programme 2** : Services de santé de base

**Programme 3** : Services de santé de référence

**Programme 4** : Protection sociale.

## **IV. CADRE DE PILOTAGE ET DE SUIVI EVALUATION**

### **4.1. CADRE DE PILOTAGE STRATEGIQUE**

Pour une politique sectorielle, le cadre de suivi et d'évaluation est essentiel, car il permet, tout au long de la mise en œuvre, de répondre à une double préoccupation de gestion efficace et d'appropriation.

Dans le processus de mise en œuvre d'une Lettre de Politique Sectorielle de Développement (LPSD), il est important d'assurer la cohérence d'ensemble à travers une bonne articulation avec le document de référence, en l'occurrence le PSE dont elle contribue à l'atteinte des objectifs. A cet effet, la mise en place d'un cadre de pilotage, de suivi et d'évaluation constitue un préalable pour permettre aux différents acteurs concernés, de suivre et d'évaluer les progrès réalisés et les ajustements nécessaires.

Pour le secteur de la Santé et de l'Action sociale, le dispositif institutionnel mis en place permet d'identifier les responsables de cette mise en œuvre. Ce dispositif est régi par des textes réglementaires aux différents niveaux de pilotage. Les programmes retenus seront renseignés dans le cadre du Document de Programmation pluriannuelle des Dépenses (DPPD) du Département.

Le cadre de pilotage, de suivi et d'évaluation mis en place comprend les deux (02) organes suivants :

- un comité de pilotage présidé par le Ministre de la Santé et de l'Action sociale ou son représentant et comprenant les représentants des Collectivités locales et des autres départements ministériels, les Partenaires techniques et financiers (PTF) ainsi que d'autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la politique du MSAS. Le secrétariat sera assuré par la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) ;
- un comité technique présidé par la DPRS qui sera chargé de coordonner le dispositif, d'assurer le suivi rapproché de la mise en œuvre.

### **4.2. CADRE DE SUIVI-EVALUATION**

Le dispositif de suivi et d'évaluation de la LPSD est intégré dans le système de suivi et d'évaluation du PNDS 2009-2018 décrit dans un plan élaboré à cet effet.

Les instances de suivi de la LPSD sont :

- la coordination mensuelle des Districts sanitaires et trimestrielle des Régions Médicales,

- le Comité Interne de Suivi (CIS),
- la Mission Conjointe de Supervision (MCS),
- les missions de supervision par niveau de la pyramide sanitaire,
- la réunion semestrielle de présentation des résultats du monitoring.

Les documents suivants seront produits :

- un rapport annuel de performances,
- un rapport annuel de suivi préparé par la DPRS,
- le rapport annuel du département,
- les rapports d'activités.

Deux évaluations indépendantes devront être menées afin d'assurer le suivi des processus et les effets obtenus : (i) une évaluation à mi-parcours en 2020 et (ii) une évaluation finale en 2025. Les résultats issus de cet exercice, serviront à l'élaboration de la future LPSD du MSAS.

Les résultats seront partagés lors des revues qui seront tenues annuellement par le Comité de pilotage.

## CONCLUSION

L'Etat du Sénégal s'est résolument engagé dans un processus de développement durable, harmonieux et inclusif, à travers la mise en œuvre du Plan Sénégal Emergent.

Afin de contribuer activement à l'atteinte des objectifs de développement du pays, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale a élaboré sa LPSD pour la période 2016-2025, selon une démarche participative. Il s'engage ainsi dans une nouvelle perspective de gestion axée sur les résultats, inscrite au cœur de l'action gouvernementale. La LPSD est ainsi articulée au PSE et contribue à sa mise en œuvre, notamment dans les domaines de l'amélioration de la gouvernance et du développement du capital humain et de la protection sociale.

La vision et les valeurs définies et partagées par tous les acteurs intervenant dans le secteur de la Santé et de l'Action sociale constituent un viatique qui oriente les activités et les comportements, dans le sens de l'atteinte des résultats de façon efficace et efficiente.

Document signé par

Le Ministre de la Santé et de l'Action sociale

Le Ministre de l'Economie, des  
Finances et de Plan

