



LETTRÉ DE POLITIQUE SECTORIELLE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

2025-2029

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
<i>Liste des tableaux et figures</i>	<i>4</i>
<i>Abréviations et acronymes</i>	<i>5</i>
<i>Avant-propos.....</i>	<i>6</i>
<i>Contexte et justification.....</i>	<i>7</i>
I. ANALYSE DE LA SITUATION DES DOMAINES D'INTERVENTION	9
I.1. Cadre organisationnel et institutionnel.....	9
I.1.1. Présentation du Ministère	9
I.1.2. Délimitation des domaines couverts par le Ministère	9
I.1.3. Diagnostic organisationnel et institutionnel.....	10
I.1.4. Diagnostic des ressources humaines.....	12
I.1.5. Diagnostic des infrastructures et des équipements	13
I.1.6. Engagements internationaux et sous régionaux du secteur.....	15
I.1.7. Identification et analyse des parties prenantes.....	16
I.2. Analyse stratégique de l'environnement des domaines couverts par le Ministère	18
I.2.1. Environnement socio-économique	18
I.2.2. Analyse du rôle et des opportunités du secteur privé	18
I.2.3. Intégration des approches intersectorielles	20
I.2.4. Analyse de la situation de la territorialisation des politiques publiques	20
I.2.5. Analyse des interactions entre les dimensions transversales et le développement des domaines couverts par le Ministère	21
I.3. Évaluation ou bilan des politiques passées et récentes	25
I.3.1. Situation de la gestion des données et informations et du dispositif de suivi – Évaluation	25
I.3.2. Évaluation des financements mobilisés ainsi que leur utilisation	26
I.3.3. Description et analyse de la situation des bénéficiaires en termes de satisfaction de la demande	29
I.3.4. Bilan des réalisations et analyse des performances	30
I.3.5. Description de l'offre dans les domaines couverts par le ministère (FFOM)	40
I.4. Synthèse des contraintes, défis, enjeux et priorités	41
II. FORMULATION DE LA STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT	44
II.1. Fondamentaux de la stratégie	44
II.2. Déclinaison de la stratégie dans les pôles territoires.....	45
II.3. Mobilisation du secteur privé	47
II.4. Rappel et analyse des missions.....	47
II.5. Vision	48
II.6. Principes et valeurs	48
II.6.1. Principes	48
II.6.2. Valeurs	49
II.7. Orientations stratégiques	49
II.8. Objectifs	49

II.9. Programmes d'actions	49
II.10. Coût de la stratégie	50
III. Cadre de pilotage et suivi-évaluation	51
III.1. Cadre de pilotage stratégique	51
III.2. Cadre de suivi et d'évaluation	52
III.3. Synthèse des risques liés à la mise en œuvre de la stratégie	53
IV. ANNEXES	55
Annexe 1: Matrice des contraintes, défis majeurs, enjeux et priorités	55
Annexe 2 : Synthèse du Cadre stratégique	58
Annexe 3: Cadre de suivi et évaluation.....	64
ANNEXE 4 : Budgétisation (montants en FCFA).....	67
Annexe 5: Matrice des FFOM	68
Annexe 6: Matrice d'analyse des parties prenantes	69
Annexe 7 : Matrice d'analyse des risques liés à la stratégie	72

Liste des tableaux et figures

Tableau I : Évolution de la structure des sources de financement de la santé.....	27
Tableau II : Évolution du budget du MSAS (en milliards de FCFA) de 2020 à 2024, par grandes catégories de dépenses	28
Tableau III : Exécution du budget du MSAS sur la période 2020-2024.....	28
Tableau IV : Répartition des dépenses publiques totale de la LPS par pôle territoire	Erreur ! Signet non défini.
Figure 1: Organisation administrative du système de santé et d'action sociale	10
Figure 2 : Rayon moyen d'action théorique (en km) des EPS par région	14

Abréviations et acronymes

CIS	Comité interne de Suivi
CNRS	Centre national de Réinsertion sociale
CSU	Couverture sanitaire universelle
CP	Contrat de Performance
CPN	Consultation prénatale
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion sociale
CPS	Chimio Prévention du paludisme saisonnier
CRS	Centre de Réinsertion sociale
CT	Collectivité territoriale
DER	Délégation à l'Entreprenariat rapide (des Femmes et Jeunes)
DPPD	Document de Programmation pluriannuelle des Dépenses
DS	District sanitaire
EDS	Enquête démographique et de Santé
EPS	Établissement public de Santé
FONSIS	Fonds souverain d'Investissements Stratégiques
LPS	Lettre de Politique sectorielle
MCS	Mission conjointe de Supervision
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
MTN	Maladies tropicales négligées
ODD	Objectifs de Développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCIME	Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDRHSS	Plan national de développement des Ressources humaines de la santé et de l'action sociale
PNDSS	Plan national de Développement sanitaire et social
PTF	Partenaire technique et financier
RAC	Revue annuelle conjointe
SDAS	Service départemental de l'Action sociale
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience acquise

Avant-propos

L'élaboration de la Lettre de Politique Sectorielle (LPS) constitue une réponse stratégique aux défis actuels du secteur de la santé et de l'action sociale du Sénégal. Elle découle de la volonté politique de répondre aux besoins croissants en matière de santé et de bien-être des populations, tout en garantissant une couverture sanitaire universelle, sans exclusion ni difficulté financière. Ce document s'appuie sur des bases solides, dont l'engagement constitutionnel de l'État à garantir l'accès aux soins de santé et au bien-être, en particulier pour les personnes vulnérables.

Le Sénégal, à travers cette LPS, s'inscrit dans une dynamique de réforme et de modernisation de son système de santé, avec pour objectif de garantir à chaque citoyen un accès équitable à des soins de qualité. Dans ce cadre, l'intégration des domaines transversaux comme la promotion du genre, les changements climatiques, l'utilisation de la digitalisation et la multisectorialité, témoignent de l'ambition de créer un système de santé résilient et inclusif. La mise en œuvre de cette politique se fera dans le respect des engagements internationaux et sous-régionaux, tout en prenant en compte les particularités et les réalités locales du pays.

La présente lettre a été conçue de manière participative et inclusive, impliquant tous les acteurs clés du secteur, sous la supervision du Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération (MEPC), afin de garantir la pertinence des actions et leur cohérence avec les priorités nationales de développement. Elle représente une feuille de route pour les années à venir, visant à renforcer l'accès aux services et à améliorer les conditions de vie des populations sénégalaises, en particulier les plus vulnérables.

Contexte et justification

L'élaboration de la Lettre de Politique sectorielle (LPS) s'inscrit dans une démarche visant à garantir l'effectivité du droit à la santé.

En effet, la Constitution du Sénégal dispose en son article 17 « ... l'État 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'État garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être ».

Dans cette perspective, le Sénégal a affirmé son engagement à tendre vers la Couverture sanitaire universelle (CSU) où tous les ménages bénéficient d'un accès à des services de santé et d'action sociale de qualité, sans aucune forme d'exclusion, et sans difficulté financière.

Ainsi, face aux mutations internationales, sous-régionales et nationales, la LPS doit prendre en compte les besoins croissants en matière de santé et de bien-être, tout en renforçant l'accès équitable à des services de qualité pour tous, notamment les populations les plus vulnérables, conformément aux cadres internationaux et aux orientations stratégiques nationales.

Au niveau international et sous régional, les engagements portent entre autres sur (i) les Objectifs de Développement durable (ODD), (ii) la Stratégie mondiale 2016-2030 sur la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent ; et (iii) l'Agenda 2063 de l'Union africaine.

Au niveau national, conformément à la vision du Chef de l'État, le Sénégal s'est engagé depuis octobre 2024 dans un nouveau référentiel des politiques publiques « Agenda national de Transformation Sénégal 2050 » : pour une transformation systémique, décliné en Masterplan (2025-2034) et en Stratégie nationale de Développement (SND) 2025-2029. Cet Agenda national de Transformation traduit la volonté du gouvernement de faire du Sénégal un pays souverain, juste, prospère et ancré dans des valeurs fortes à l'horizon 2050. A cet égard, toutes les politiques sectorielles doivent faire l'objet d'un alignement au nouveau référentiel de politiques publiques.

Le secteur de la Santé et de l'Action sociale a engagé des réformes organisationnelles comme la création des Directions régionales de la Santé (DRS), des Directions régionales de l'Action sociale (DRAS) et de l'Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique (ARP). Par ailleurs, sur le plan législatif, le Sénégal dispose entre autres de la loi 2023-06 du 13 juin 2023 relative aux médicaments, aux autres produits de santé et à la pharmacie et de la loi d'orientation sociale 2010-15 du 06 juillet 2010 relative à la promotion des droits des personnes handicapées.

La présente LPS, qui s'applique pour la période 2025-2029, marque une étape essentielle en succédant à l'ancienne version qui avait orienté les politiques de santé et d'action sociale depuis 2016. Ce nouveau cadre stratégique apporte une réflexion approfondie sur les défis actuels et futurs du secteur. En effet, il établit des orientations claires et des repères structurants qui guident l'ensemble des actions menées par les différentes entités intervenant dans le domaine de la Santé et de l'Action sociale. Ce document stratégique se distingue notamment par son intégration des problématiques transversales, en abordant de manière détaillée des enjeux cruciaux liés au genre, aux changements climatiques, à la digitalisation et à l'emploi.

Par ailleurs, elle repense la gouvernance du secteur par des mécanismes de coordination plus efficaces mettant l'accent sur la territorialisation des politiques publiques consacrées par la définition des pôles territoires en s'appuyant sur un cadre harmonisé de coopération entre le MSAS et ses partenaires au développement (COMPACT Santé). Cette nouvelle orientation a été conçue sous la supervision du Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération (MEPC).

I. ANALYSE DE LA SITUATION DES DOMAINES D'INTERVENTION

I.1. Cadre organisationnel et institutionnel

I.1.1. Présentation du Ministère

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) est chargé de préparer et de mettre en œuvre la politique définie par le Chef de l'État dans le domaine de la santé, de la prévention, de l'hygiène et de l'action sociale¹.

L'organisation du ministère 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 rattachés (au Cabinet ou au Secrétariat général) et les centres nationaux de réinsertion sociale (CNRS) ;
- Un niveau intermédiaire qui regroupe les Directions régionales de la Santé (DRS), les Directions régionales de l'Action sociale (DRAS), et les Brigades régionales d'Hygiène (BRH) ;
- Un niveau opérationnel avec les districts sanitaires, les services départementaux de l'action sociale (SDAS), et les Centres de promotion et de réinsertion sociale (CPRS).

Sur le plan de l'offre de services de santé : (i) les Établissements publics de santé hospitaliers et non hospitaliers, (ii) les centres de santé, (iii) les postes de santé et (iv) les cases de santé. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé.

Pour ce qui est de l'offre de services d'action sociale : (i) les centres nationaux de réinsertion sociale, (ii) les services de l'action sociale des hôpitaux, des centres de santé et des structures scolaires et (iii) les centres de promotion et de réinsertion sociale.

I.1.2. Délimitation des domaines couverts par le Ministère

Nombre important de programmes transversaux

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) est constitué de deux sous-secteurs et de programmes transversaux :

- **sous-secteur de la Santé** articulé autour de : la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et la nutrition (SRMNIA-N) ; la prévention et la lutte contre la maladie ; la prévention, la préparation et la riposte aux urgences de santé publique ; la gestion

¹ Décret n°2024-961 du 08 avril 2024

des urgences ; la relance des soins de santé primaires ; la vaccination et la surveillance épidémiologique ;

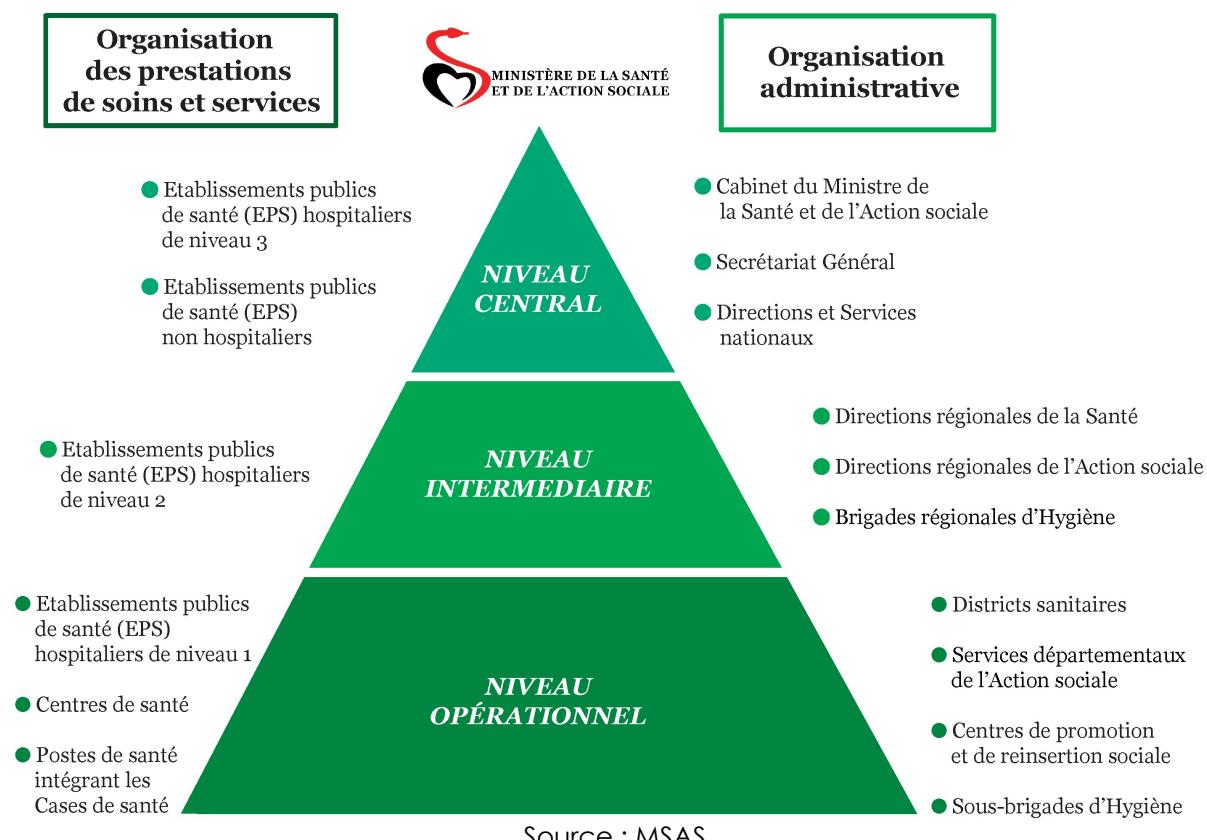
- **sous-secteur de l'Action sociale** composé de la couverture médico-sociale, l'accès aux facteurs de production et la gestion du handicap
- **programmes transversaux** : (i) la promotion de la santé, (ii) le renforcement du système de santé, (iii) l'hygiène, (iv) le partenariat et la multisectorialité, (v) la promotion du genre, (vi) l'intégration de la dimension changement climatique, (vii) la digitalisation.

I.1.3. Diagnostic organisationnel et institutionnel

Gestion fragmentée et inefficace du système de santé et de l'action sociale.

L'organisation du Ministère de la Santé et de l'Action sociale a été affectée par plusieurs changements liés à la répartition des services techniques de l'État, sans un diagnostic institutionnel et organisationnel préalable systématique. La récente création des directions régionales de la santé et des directions régionales de l'action sociale en est un exemple. De même, malgré les dispositions du décret, les arrêtés d'organisation et de fonctionnement des directions et services n'ont toujours pas été pris.

Figure 1 : Organisation administrative du système de santé et d'action sociale



La gouvernance du système de santé et d'action sociale du Sénégal repose sur un système de planification comprenant le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS), décennal, le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD) qui est un plan triennal glissant et le Plan de Travail Annuel (PTA) prenant en compte les plans opérationnels des Collectivités Territoriales Santé et Action sociale (POCT-SAS). Ces derniers intègrent les Plans d'Action des Comités de Développement sanitaires (PA-CDS). Ce cycle de planification souffre d'une élaboration non exhaustive des PA-CDS et de leur intégration insuffisante dans les POCT-SAS des collectivités territoriales et dans les PTA des districts. Ainsi, un décalage entre les activités mises en œuvre et les plans opérationnels limite l'efficacité du système.

Des instances de coordination du PNDSS se réunissent régulièrement aux niveaux central et opérationnel. Cependant, les cadres multisectoriels rencontrent encore des difficultés de fonctionnement. Des revues sont organisées pour évaluer les résultats du système de santé.²

Le secteur est organisé selon une structure pyramidale étroitement liée à la structure administrative du pays. Cette pyramide comprend trois niveaux : (i) un niveau central, correspondant aux directions, services et programmes nationaux ; (ii) un niveau intermédiaire, constitué par les directions régionales de la santé et directions régionales de l'Action sociale ; (iii) un niveau périphérique, représenté par le district sanitaire, qui comprend au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé polarisant des cases de santé. L'offre de soins épouse l'architecture de cette pyramide : au sommet, les Établissements publics de Santé (EPS) de niveau III ; au niveau intermédiaire, les EPS de niveau II ; et au niveau périphérique, les EPS de niveau I, les centres de santé, les postes de santé, les cases de santé et les sites communautaires. Les structures sanitaires du secteur privé complètent cette offre à chaque niveau de la pyramide.

Au MSAS, les procédures opérationnelles normalisées sont retrouvées uniquement dans les programmes de santé. L'allocation des ressources financières ne repose guère sur des critères objectifs, créant des iniquités entre directions et services. Le financement des partenaires quant à lui, est loin d'être maîtrisé par le secteur, lié entre autres à l'existence de plusieurs sources des fonds. Les cadres de coordination des programmes du DPPD, mis en place à la suite de la réforme du budget-programme, ne sont pas encore opérationnels, faute de désignation de l'ensemble des acteurs. Le dispositif organisationnel du ministère de la santé et de l'action sociale intègre le

² Rapport revue de la gouvernance de la santé et de l'éducation 2024 (DGPPE/MEPC)

pilotage et la coordination des structures privées de santé qui représentent 45% de l'offre de soins. Cependant, cette offre du privé n'est pas inscrite dans la pyramide sanitaire actuelle.

La gestion des structures sanitaires par les Collectivités territoriales est essentielle dans le système de santé local. Ainsi la réforme de la décentralisation de 1996 et la restructuration du niveau central ont introduit de nouveaux acteurs, transférant aux collectivités territoriales des compétences dans 9 domaines, dont la santé. L'acte 3 de la décentralisation et la signature du décret 2018-35 du 05 janvier 2018 portant statuts types des comités de développement sanitaire (CDS) ont renforcé leurs responsabilités en matière de gouvernance sanitaire territoriale. De même, les Conseils d'administration des EPS I et EPS II sont présidés par le président du Conseil départemental.

Une réforme hospitalière a été engagée en 1998 afin de répondre aux exigences d'une politique orientée vers la santé pour tous et au souhait de la société d'une médecine de plus en plus efficace. Elle fait l'objet d'une révision pour améliorer la gestion et la qualité des soins dans les établissements publics de santé.

I.1.4. Diagnostic des ressources humaines

Déficit de ressources humaines associé à une répartition inéquitable

Au Sénégal, sur un total de 23 148 personnels de santé du secteur public³ (avec une majorité de contractuels et une forte concentration à Dakar⁴), le ratio national de médecins (1 pour 11 111 habitants) demeure en deçà des recommandations de l'OMS de 1 pour 10 000 hbts, avec des disparités marquées entre les régions. Dakar (1/3367 hbts) et Ziguinchor (1/8403 hbts) affichent des ratios satisfaisants, tandis que des régions comme Kolda (1/29411hbts), Kaolack (1/26315 hbts), Sédiou (1/24390 hbts) et Tambacounda (1/20000 hbts) accusent des déficits importants.

Des écarts similaires apparaissent pour les infirmiers d'État (IDE) et, de manière encore plus préoccupante, pour les sages-femmes d'Etat (SFE). Les régions de Dakar, Kédougou et Ziguinchor ont atteint la norme d'un IDE pour 7500 habitants prévue par le PNDSS alors que les régions de Kaolack (1/14705 hbts), Diourbel (1/10638 hbts), Saint Louis (1/12195 hbts) et Fatick (1/10416 hbts) enregistrent les plus faibles ratios. S'agissant de la norme SFE (1 pour 1500 Femme en âge de reproduction (FAR), aucune région ne l'a atteinte même si

³ Ce personnel est constitué de contractuels (52%), d'étatiques (41%), de prestataires (6%) et d'universitaires (1%)

⁴ Les ressources humaines en santé sont inégalement réparties sur le territoire : la région de Dakar concentre une grande partie de ce personnel (43,01 %)

meilleurs ratios. Les régions de Diourbel (1/2174 FAR), Thiès (1/1974 FAR) et Saint Louis (1/1875 FAR) enregistrent les plus faibles ratios.

La contrainte principale identifiée dans la gestion des ressources humaines du système de santé et d'action sociale réside dans le manque de contrôle des effectifs et la répartition inéquitable des agents, particulièrement dans les zones difficiles d'accès. Ce problème, accentué par des affectations et mutations qui ne suivent pas strictement les critères ainsi que par l'absence de mécanismes de gestion des carrières et d'évaluation de la performance, nuit à la motivation et à la rétention du personnel qualifié. Il s'y ajoute une tendance de plus en plus marquée par l'émigration de certains spécialistes.

Problème de coordination dans la certification de la formation professionnelle

La formation initiale et la formation continue du personnel est entravée par une diversité de certifications et de diplômes, ainsi que par une inspection insuffisante des instituts de formation, tandis que les services de l'Action sociale et le Service national de l'Hygiène peinent à combler leurs déficits en effectifs. Ainsi, la perception du besoin d'une formation supplémentaire était positive pour 71%, 94%, 87% et 70% des médecins respectivement à Dakar, Kaolack, Kolda et Thiès.⁵

Face à ces défis, l'implémentation de plateformes automatisées telles que Management intégré des ressources humaines en santé et action sociale (MIRSAS) et Plateforme de management des ressources humaines du personnel de santé et d'action sociale (iHRIS) représente une opportunité stratégique pour améliorer la répartition et le déploiement des ressources humaines à travers le territoire, en favorisant une gestion plus transparente et mieux coordonnée. De même, l'institutionnalisation au niveau central de l'examen national pour les professions de santé et la décentralisation de la responsabilité du suivi de la formation continue aux territoires permettent de relever ce défi.

I.1.5. Diagnostic des infrastructures et des équipements

Vétusté et déséquilibre spatial des infrastructures, des équipements et insuffisance de la maintenance préventive

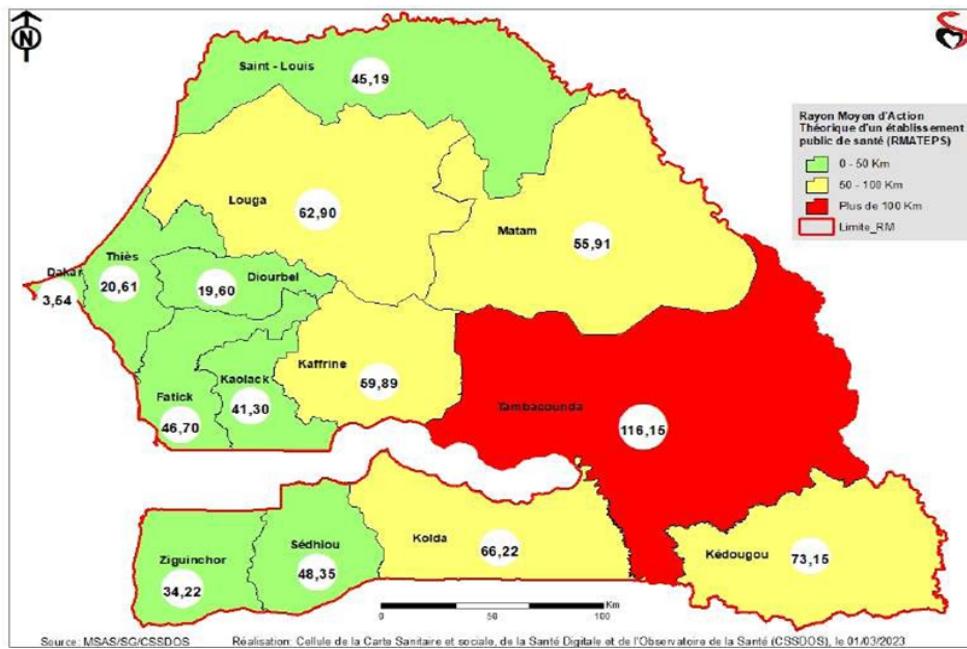
L'inventaire récent montre que la plupart des structures, construites il y a plusieurs décennies, souffrent d'un manque d'entretien qui accélère leur dégradation. Un peu plus d'un tiers des hôpitaux, en particulier les EPS3, se concentrent à Dakar⁶, et près de la moitié des structures sanitaires se situent sur l'axe Dakar, Thiès, Diourbel. Il s'y ajoute l'état de délabrement très avancé

⁵ Enquête de perception menée par ANADACH (cabinet de consultance américain).

⁶ 48 % des structures sanitaires au Sénégal sont concentrées sur l'axe Dakar, Thiès, Diourbel.

constaté pour beaucoup de structures de santé. Pour des régions comme Thiès et Diourbel, respectivement, 93% et 92% des structures sanitaires sont à réhabiliter, contre 87,5% pour la région de Ziguinchor.

Figure 2 : Rayon moyen d'action théorique (en km) des EPS par région



Source : Rapport annuel de suivi de la carte sanitaire 2022, MSAS

Cette concentration s'étend également aux équipements médicaux, avec la majorité des scanners, IRM, appareils de radiothérapie et centres de dialyse regroupés dans les zones de Dakar, Thiès et Diourbel, laissant certaines régions gravement sous-équipées. À titre d'illustration, le Sénégal dispose de 34 scanners dont 60% se trouvent dans l'axe Dakar, Thiès, Diourbel. Les IRM sont actuellement au nombre de 5 fonctionnelles concentrées à Dakar (4) et Touba (1), et une sixième en cours d'installation au niveau de l'hôpital de la Paix de Ziguinchor. Les appareils de radiothérapie sont au nombre de trois dont deux à Dakar et un à Diourbel. Les trois sont confrontés à des difficultés notables dans le fonctionnement avec des conditions environnementales difficiles pour Dalal Jamm. En ce qui concerne les centres de dialyse, 26 sont recensés dans le pays dont 15 se trouvent dans l'axe Dakar, Thiès et Diourbel.

La contrainte majeure réside dans l'état vétuste et la répartition inéquitable des infrastructures et équipements de santé, dont la plupart datent de plusieurs décennies et souffrent d'un défaut d'entretien et de maintenance surtout préventive. Il y a également le non respect des normes de la carte sanitaire.

Par ailleurs, la gestion de la carte sanitaire est entravée par des constructions réalisées en dehors des procédures officielles, une exclusion des services d'action sociale et d'hygiène, ainsi qu'une planification budgétaire incertaine et une formation des professionnels mal alignée sur les besoins réels.

I.1.6. Engagements internationaux et sous régionaux du secteur

Politique sanitaire adossée à un nombre important d'orientations internationales, sous régionales et régionales.

Les principaux engagements incluent au niveau international :

- les Objectifs de Développement durable (ODD) notamment l'ODD 3 qui vise une bonne santé et un bien-être de tous à tout âge et l'ODD5 qui vise à réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ;
- la Résolution de la 58ème Assemblée mondiale de la Santé, adoptée à l'unanimité qui recommande aux pays membres de l'OMS de développer des systèmes de financement de la santé pour fournir à toute leur population un accès à des services de santé de qualité ;
- la 67ème session de l'Assemblée générale des Nations-Unies (NU) qui appelle chaque État membre à éviter de recourir aux paiements directs des soins par les usagers, et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires ;
- la Stratégie mondiale pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent 2016-2030 qui a permis au MSAS de mettre en place des interventions dont l'objectif est la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile;
- la Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Sénégal 2024–2028 qui vise à renforcer le système de santé sénégalais en s'appuyant sur des objectifs de Couverture sanitaire universelle et de protection contre les urgences sanitaires ;
- La Convention relative aux droits des personnes handicapées du 12 décembre 2006
- le Protocole de Kyoto en lien avec la Convention-Cadre des Nations-Unies de 1998 sur les changements climatiques ;
- les déclarations sur les Soins de Santé primaires (SSP) d'Alma Ata en 1978, de Ouagadougou en 2008 et d'Astana en 2018 qui ont induit le développement de stratégie en vue de l'amélioration dans la gouvernance sanitaire ;
- la Résolution 58.28 de 2005 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la cybersécurité qui encourage les pays à développer des plans stratégiques et infrastructures pour la cybersanté, afin de garantir un accès équitable et universel aux technologies de santé numérique ;

- la Résolution 66.24 de 2013 l'Assemblée mondiale de la Santé visant à promouvoir la normalisation et l'interopérabilité des systèmes de cybersanté, avec des politiques et cadres législatifs nationaux ;
- la Résolution 71.7 de 2018 l'Assemblée mondiale de la Santé pour renforcer la mise en œuvre de la santé numérique en consolidant les efforts des résolutions précédentes ;
- la Stratégie mondiale de santé numérique 2020-2025 qui vise à promouvoir l'utilisation des technologies numériques dans le secteur de la santé, à coordonner les financements pour éviter leur fragmentation et à optimiser les ressources.

Au niveau régional et sous-régional :

- l'Agenda 2063 de l'Union Africaine, défini sur la base d'une approche participative qui constitue le nouveau cadre stratégique pour le développement durable de l'Afrique ;
- le protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits des personnes handicapées en Afrique du 29 janvier 2028 ;
- les directives de l'UEMOA relatives au cadre harmonisé des finances publiques instaurant notamment les budgets-programmes ;
- la déclaration de Libreville 2008 et celle de Luanda 2010 qui visent la mise en place d'une alliance stratégique Santé et Environnement.
- les engagements pris par les Chefs d'Etat africains en 2001 à Abuja (Nigéria) d'allouer au moins 15% de leur budget national au secteur de la santé.

La contrainte majeure réside dans la volatilité des financements internationaux, provoquée par des changements de politique, qui menace la mise en œuvre effective des nombreux engagements internationaux et régionaux en faveur d'un accès universel à des soins de qualité.

I.1.7. Identification et analyse des parties prenantes

Insuffisance dans la collaboration entre les acteurs pour une efficacité des interventions

L'analyse des parties prenantes vise à dégager les interactions et synergies potentielles entre l'ensemble des acteurs impliqués dans le développement du secteur de la santé.

L'État joue un rôle central en finançant, régulant et contrôlant le secteur. Il doit élaborer une stratégie quinquennale bien définie, allouer une part (15%) de son budget à la santé et mettre en œuvre ses engagements internationaux pour assurer une prévisibilité des ressources.

Les **Collectivités Territoriales** responsabilisées participent activement à l'organisation du système de santé en construisant des infrastructures et en recrutant du personnel. Disposant d'un rôle important dans la gouvernance sanitaire, elles doivent renforcer leurs capacités en décentralisation et élaborer des plans adaptés au territoire.

Les **Ministères Sectoriels** intègrent la promotion de la santé dans leurs politiques et collaborent avec le Ministère de la Santé et de l'Action sociale pour améliorer l'offre de services. Cela passe par l'élaboration de cahiers de charge et la signature de protocoles d'entente à travers la mise en œuvre de l'approche de « la santé dans toutes les politiques ».

La **Société Civile** joue un rôle clé dans la défense des usagers, le soutien aux politiques publiques et la mobilisation de ressources. Elle doit formaliser des partenariats et agir comme médiateur entre les communautés et les institutions.

Le **Secteur Privé** contribue à la fourniture de soins de qualité et au développement des investissements. Pour cela, il est nécessaire de réformer le cadre juridique et d'intégrer les interventions du secteur privé dans la planification sanitaire.

Les **Partenaires Techniques et Financiers (PTF)** assurent l'alignement des actions avec les orientations stratégiques nationales en finançant des projets et en apportant un soutien technique conformément aux engagements du COMPACT-Santé.

Les **Instituts de Recherche** améliorent les interventions grâce à la production de données de qualité et au développement de nouvelles technologies. Ils doivent renforcer la collaboration et diffuser largement leurs résultats. De plus, ils faciliteront l'utilisation de données probantes et de résultats de recherche pour définir les politiques de santé et d'action sociale.

Enfin, la **Communauté** est au cœur du système en tant que bénéficiaire des services de santé. Elle joue un rôle actif en utilisant ces services et en participant aux campagnes de sensibilisation dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention.

I.2. Analyse stratégique de l'environnement des domaines couverts par le Ministère

I.2.1. Environnement socioéconomique

Niveau de pauvreté : cause de vulnérabilité aux maladies

La population sénégalaise, estimée à 18 126 390 habitants en 2023⁷, se caractérise par une prédominance des jeunes, avec 75% ayant moins de 35 ans. Ce dynamisme démographique s'accompagne d'un taux d'accroissement annuel moyen stable à 2,9% sur les périodes intercensitaires 2002-2013 et 2013-2023. L'espérance de vie, qui s'établit à 68,9 ans (67,7 ans pour les hommes et 70 ans pour les femmes), reflète les progrès significatifs réalisés en matière de santé grâce aux politiques publiques, bien que des défis subsistent.

Entre 2018/2019 et 2021/2022, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté au Sénégal a augmenté d'environ 500 000, en raison d'une croissance démographique plus rapide que la baisse de la pauvreté. Selon l'Enquête harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM) II (2021-2022), l'accès aux structures de santé est inégal : 11,8 % des plus pauvres ont consulté un hôpital ou une clinique contre 23,4 % des plus riches, tandis que 40 % des plus pauvres fréquentent les dispensaires contre 27 % des plus riches. De plus, 48,6 % des malades parmi les plus pauvres n'ont consulté aucun service de santé, contre 43,5 % des plus riches⁸.

L'éducation reste un défi majeur avec 53% de la population non instruite dont 63,9% en milieu rural⁹.

I.2.2. Analyse du rôle et des opportunités du secteur privé

Obsolescence du cadre législatif et réglementaire

L'État du Sénégal a mis en place des partenariats visant à mobiliser des ressources financières et techniques pour améliorer les infrastructures de santé. Les dispositions communautaires relatives au partenariat public-privé et la loi N° 2021-23 du 02 mars 2021 relative au contrat de partenariat public-privé constituent une opportunité d'investissement afin d'améliorer l'offre de services de santé de qualité. C'est dans ce cadre que l'État a développé, avec les partenaires privés, la construction des infrastructures sanitaires hospitalières de Sédhiou, Kaffrine, Kédougou, Touba et Aristide Le Dantec. Toutefois, la dimension et la complexité de ces infrastructures posent un problème d'exploitation optimale en vue d'une rentabilité à long terme, à un

⁷ RGPHAE, ANSD, 2023

⁸ EHCVM II 2021-2022

⁹ RGPHAE, ANSD, 2023

coût supportable pour les populations. Le développement des laboratoires sera une opportunité pour l'investissement du privé.

Une réorientation stratégique devrait être envisagée, pour la mise en place de centres polyvalents de proximité, selon le style des centres de santé de niveaux I et II (moins coûteux en investissement et exploitation) dont les paquets de services couvrent la majorité des besoins identifiés. L'exploitation de certains de ces centres peut être contractualisée avec le secteur privé sanitaire.

Pour atteindre une couverture maladie de 75% en 2027, un partenariat public-privé renforcé est nécessaire. Une nouvelle politique de développement du secteur privé s'impose, axée sur la gouvernance, le financement, l'accessibilité aux soins et la digitalisation. Cependant, Les textes législatifs et réglementaires sont obsolètes, notamment la nomenclature des actes professionnels qui date de l'année 1955. Il s'y ajoute des problèmes d'autorisation d'ouverture de structures privées, entraînant une installation anarchique et une concurrence déloyale.

Le secteur privé sanitaire soutient l'État pour garantir l'accès aux soins, mais rencontre des difficultés d'accès au financement, notamment à cause (i) de la non-conformité des projets aux critères bancaires et d'un manque de soutien, (ii) de la fiscalité lourde, (iii) des taxes sur les équipements médicaux, (iv) des tarifs qui n'ont pas évolué depuis les années 1980, ainsi que (v) la non ouverture du capital aux non médicaux. Par ailleurs, le tourisme médical (évacuations sanitaires) constitue une ligne de dépense importante pour le Sénégal.

Il est recommandé sur le volet financement du secteur privé de la santé, d'inclure la mise en place de conventions avec des institutions financières dans le but de garantir des prêts à des taux préférentiels pour les établissements privés, ainsi que l'ouverture du capital de ces structures tout en préservant les intérêts des professionnels de santé et le principe de souveraineté sanitaire. De plus, la Caisse de Dépôts et de Consignation sera sollicitée pour un soutien technique et financier aux structures privées à travers l'étude des mécanismes d'incitation pour l'attribution d'équipements et de ressources humaines. Il est aussi suggéré de mettre en place des contrats entre l'État et les structures privées pour leur participation au service public, avec des exonérations fiscales ciblées. Enfin, une convention collective spécifique pour le secteur privé de la santé devrait être élaborée¹⁰.

¹⁰ Rapport Forum sur le secteur privé de la santé du 26 au 28 septembre 2024

I.2.3. Intégration des approches intersectorielles

Insuffisance de la prise en compte de la santé dans la planification et l'exécution de toutes les politiques

L'évolution démographique et les disparités économiques et sanitaires au Sénégal nécessitent une approche multisectorielle des politiques publiques pour améliorer la santé, le bien-être et l'équité en santé. Cette approche doit expliquer les interactions entre les composantes démographiques, économiques, sociales et culturelles et déboucher sur des interventions coordonnées.

En effet, la santé est influencée par des facteurs ou déterminants regroupés en quatre catégories majeures : les déterminants biologiques, environnementaux, ceux liés aux habitudes de vie ou aux comportements et ceux liés au système de santé.

La ligne d'action « Renforcement des interventions multisectorielles pour la santé » du PNDSS 2019-2028 recommande l'intégration de la promotion de la santé et de l'action sociale pour atteindre la Couverture sanitaire universelle. Le MSAS coordonne la mise en œuvre de l'approche de « La Santé dans Toutes les Politiques » avec les secteurs concernés par l'élaboration et la mise en œuvre de cahiers de charges. Cette démarche vise à :

- (i) Promouvoir les interventions des autres secteurs ayant des externalités sanitaires positives ;
- (ii) Limiter ou supprimer celles ayant des effets négatifs sur la santé des populations.

I.2.4. Analyse de la situation de la territorialisation des politiques publiques

Des territoires peu responsabilisés et non autonomes en matière de santé malgré une volonté affichée de décentralisation

La territorialisation des politiques publiques rime avec l'adaptation des interventions politiques aux réalités locales, en donnant davantage d'autonomie aux acteurs locaux. Ainsi, la gestion des établissements sanitaires par les Collectivités territoriales constitue un aspect fondamental de l'organisation du système de santé local.

Toutefois, un pas important a été franchi avec la promulgation de la Loi d'Orientation n°2022-10 du 19 avril 2022 relative au Système national de Planification (SNP) qui a consacré le Plan national d'aménagement et de développement territorial (PNADT). Cet instrument vise à « promouvoir le développement du Sénégal à partir de ses territoires, par une bonne

structuration de l'espace et une valorisation durable des ressources et potentialités ».

Cette approche de développement a consolidé la territorialisation des politiques publiques, notamment dans le domaine de la santé. Ainsi, les collectivités territoriales, avec les Comités de développement sanitaire (CDS), instaurés par décret en janvier 2018, jouent désormais un rôle essentiel dans la gestion des structures sanitaires au niveau local. Cette réforme confère aux collectivités territoriales la responsabilité de la construction, de l'équipement, du recrutement, de la gestion et de l'entretien des structures sanitaires et la participation à la couverture maladie universelle.

Cependant, force est de reconnaître aujourd'hui que cette approche territoriale dans le développement socioéconomique national n'a pas connu le résultat escompté car ne réunissant pas encore les conditions de viabilité favorables à l'impulsion d'un développement endogène. Bien que la santé soit une compétence transférée, le déficit de responsabilisation (faible décentralisation) avec des ressources financières insuffisantes et une faible autonomie des collectivités territoriales entravent l'efficacité dans l'offre sanitaire et l'atteinte des objectifs en matière de santé.

I.2.5. Analyse des interactions entre les dimensions transversales et le développement des domaines couverts par le Ministère

→ Risques climatiques sur le secteur de la santé

Insuffisance dans la prise en compte des changements climatiques dans les politiques sanitaires

En raison de sa situation géographique et de ses caractéristiques socio-économiques, le Sénégal présente un taux de vulnérabilité de 55 % aux effets du changement climatique qui menacent le capital humain. La santé de la population sénégalaise sera impactée par les événements climatiques extrêmes tels que les sécheresses, les inondations, les feux de brousse, les vagues de chaleur et l'élévation du niveau de la mer. Trois des cinq premières causes de décès aujourd'hui au Sénégal sont liées à l'environnement et aux conditions climatiques¹¹ qui entraînent une recrudescence des maladies à fort potentiel épidémique comme le paludisme, la dengue, le choléra, les maladies diarrhéiques, la méningite, la fièvre jaune et certaines zoonoses. Les vagues de chaleur peuvent également aggraver des affections existantes telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et le diabète, ainsi que la pollution de l'air déjà identifiée comme l'un des

¹¹ Rapport de la banque mondiale sur le climat et le développement

principaux facteurs de risque de décès et d'incapacité au Sénégal. De plus, les catastrophes naturelles peuvent entraîner des troubles mentaux, modifier les écosystèmes des vecteurs de maladie, fragiliser le système de santé par une interruption de l'offre des services essentiels et une détérioration des infrastructures sanitaires et forcer à la migration les populations pauvres et vulnérables¹². Déjà en 2009, des inondations qui ont sévi dans les régions côtières et à Saint-Louis ont été associées à 2 000 cas de diarrhée et à 3 300 cas de paludisme, et ont causé aux structures sanitaires des dégâts et des pertes d'un montant supérieur à 100 millions de dollars¹³.

La politique santé-climat fait face à des défis (i) de gouvernance, (ii) d'intégration dans les stratégies et plans nationaux et sectoriels, (iii) de disponibilité de connaissances et de données scientifiques robustes pour comprendre pleinement l'impact du changement climatique sur le système de santé et les communautés, (iv) de mobilisation des ressources nécessaires à l'action climatique. Cependant la crise climatique, un défi majeur, offre également l'opportunité de repenser et de renforcer les systèmes de santé pour progresser vers la Couverture sanitaire universelle (CSU).

→ **Opportunités de création et/ou consolidation d'emplois dans les domaines couverts par le ministère**

Absence de convention collective pour le secteur privé de la santé

L'élaboration de la LPS 2025-2029 intervient dans un contexte de mise en œuvre du Plan national de développement des ressources humaines de la santé et de l'action sociale (PNDRHSS) 2020-2028 qui définit une politique interne de l'emploi basée sur la vision d'**« un système de santé suffisamment doté de ressources humaines qualifiées, motivées et engagées pour répondre aux besoins des populations en matière de santé et d'action sociale ».**

La transformation digitale de la santé offre des opportunités dans des domaines variés tels que le développement de technologies de santé, la cybersécurité, la gestion de la télémédecine, l'analyse de données, le conseil en transformation numérique, la conception de dispositifs connectés et la formation aux outils numériques.

Le déploiement en cours de la plateforme numérique dossier patient unique partagé, projet phare du programme de digitalisation du système de santé, attribué à une entreprise locale dirigée par de jeunes entrepreneurs sénégalais, est un exemple concret de la capacité du MSAS à créer de

¹² iAHO Climate change in health Fact Sheet-April 2024 French.pdf

¹³ <https://www.healthdata.org/senegal>.

l'emploi. Grâce à ce marché, l'entreprise s'est agrandie et a même bénéficié de nouveaux financements du secteur privé.

Le Ministère compte poursuivre cet accompagnement. En effet, des jeunes innovateurs porteurs de projets santé digitale pourront être en immersion afin d'affiner leurs plateformes numériques. En fonction de la particularité de leurs projets, des conventions de partenariat pourraient être signées pour un déploiement collégial de ces solutions digitales dans le système de santé.

Le Sénégal s'est inscrit dans un processus de relance et de développement de l'industrie pharmaceutique locale. Cette dernière va renforcer les capacités du pays en termes de connaissances, d'expertises et de création de nouveaux métiers dans ce secteur.

Le secteur privé constitue également une opportunité de création d'emplois, en ce sens qu'il appuie l'Etat dans sa mission de service public à travers la mise en place de nouvelles structures de santé, la création d'établissements de formation en santé et le développement du partenariat national et international. Totalisant 2085 structures recensées en fin 2024 (4 EPS, 231 cliniques, 755 cabinets médicaux, 934 cabinets paramédicaux, 157 centres et postes de santé et 4 centres de dialyse) avec au moins 10 000 emplois permanents recensés en 2016 (source DEPrS/MSAS), ce secteur est un levier à booster pour l'emploi des jeunes. Cet essor du secteur privé dans le domaine de la santé nécessite la mise en place d'une convention collective.

→ **Niveau de prise en compte du genre**

Infrastructures non adaptées et intégration timide du genre dans la planification du développement

La prise en compte des questions de genre dans le secteur de la santé et de l'action sociale influence directement des aspects multidimensionnels tels que la disponibilité, l'accessibilité, la qualité, l'efficacité et l'équité dans l'offre des services.

L'accessibilité géographique, en particulier demeure une contrainte majeure. En effet, la concentration des infrastructures sanitaires sur l'axe Dakar, Thiès et Diourbel limite fortement l'accès aux services de santé, surtout spécialisés, pour les populations notamment rurales et éloignées. En outre, la plupart des infrastructures et des équipements ne tiennent compte ni des spécificités de genre, ni des besoins des groupes vulnérables, notamment les personnes handicapées et les personnes âgées. Il s'y ajoute des difficultés d'accès aux technologies d'assistance pour les personnes qui en ont besoin en vue de leur participation active à la vie et en toute dignité.

Par ailleurs, l'accessibilité financière constitue un autre obstacle significatif, notamment pour les couches les plus vulnérables. Bien que le coût des

consultations reste relativement abordable, les dépenses annexes liées aux services d'aide au diagnostic et au suivi, les médicaments, les consultations supplémentaires, le transport et l'accompagnement rendent les coûts de soins souvent excessifs pour de nombreux ménages.

La faible intégration des problématiques de genre dans les programmes de santé constitue une limite importante. Les efforts se concentrent principalement sur des domaines traditionnellement associés aux femmes, tels que la santé de la reproduction.

De plus, les outils de planification manquent souvent d'indicateurs sensibles au genre, ce qui rend difficile le suivi et l'évaluation des impacts différenciés des politiques sur les femmes et les hommes. Ce manque de données spécifiques entrave la conception de politiques inclusives et équitables.

→ **Niveau d'utilisation du digital et ses opportunités**

Faible intégration des plateformes de digitalisation

La digitalisation du système de santé est devenue une nécessité et l'impact attendu est considérable. Elle est mise en œuvre dans un cadre stratégique marqué par la maturation concluante du Programme de Digitalisation du Système de Santé 2023-2029 regroupant l'ensemble des besoins du secteur dans le domaine (systèmes d'information digitalisés, télémédecine, dossier patient, interopérabilité, intelligence artificielle, etc.), en cohérence avec l'axe 2 et l'axe 3 de la Stratégie numérique du Sénégal Horizon 2034¹⁴.

Le contexte digital de la santé est marqué par plusieurs initiatives digitales dont (i) m-Diabète, qui permet aux utilisateurs de recevoir des messages de sensibilisation, (ii) Care for Health, (iii) le DHIS2 pour la remontée des statistiques sanitaires de routine, (iv) la digitalisation de la santé communautaire et (v) des initiatives de télémédecine, ainsi que le déploiement en cours du dossier patient unique partagé. Par ailleurs, la télémédecine peut constituer pour le secteur de la santé, une opportunité pour combler le déficit en établissements de santé spécialisés.

Le secteur privé de la santé est aussi un des premiers initiateurs de l'utilisation du numérique avec la mise en place de dossier patient, le télédiagnostic et l'utilisation de l'intelligence artificielle dans les interventions chirurgicales.

Parmi les contraintes et défis qui limitent l'efficacité de la digitalisation, il est noté (i) le cloisonnement et la redondance des initiatives entraînant des pertes de ressources et un déploiement anarchique des plateformes

¹⁴ Axe 2 : Digitalisation des services publics et Axe 3 : Développement de l'économie numérique (OS 3.4 – Transformation des filières avec une déclinaison sectorielle – santé portant sur le Dossier Patient Informatisé, la Couverture santé digitalisée, la prise de décision fondée sur les données, la Télémédecine, la réduction des coûts d'évacuation, etc.).

numériques ; (ii) l'absence d'un cadre d'interopérabilité des systèmes d'information ; (iii) la faible prise en compte de la cyber sécurité ; (iv) l'insuffisance de la souveraineté numérique sur les données de santé et ; (v) l'insuffisance du financement.

I.3. Évaluation ou bilan des politiques passées et récentes

I.3.1. Situation de la gestion des données et informations et du dispositif de suivi – Évaluation

Insuffisance dans la tenue des instances de coordination

Le dispositif de suivi et d'évaluation de la LPSD 2016-2025 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 sont produits :

- un rapport annuel de performances ;
- un rapport annuel de suivi préparé par la Direction de la planification, de la recherche et des statistiques (DPRS) ;
- les rapports d'activités.

Rétention d'informations affectant la disponibilité des données sanitaires et sociales, dans un contexte de centralisation du système syndical

Le Plan Stratégique National (PSN) 2022-2026 pour le système d'information sanitaire et sociale (SISS) vise à créer un SISS performant avec des données de qualité pour une prise de décision éclairée. Des efforts sont en cours pour intégrer les données de routine avec la mise en place d'un entrepôt national de données utilisant la plateforme DHIS2. Cependant, des progrès restent nécessaires dans plusieurs domaines : la gouvernance du SISS, l'archivage des données, la production durable des données, la qualité des données, l'interopérabilité avec le DHIS2, la diffusion des données, l'utilisation optimale des données et la promotion de la culture de l'information sanitaire et sociale.

Un obstacle majeur à l'amélioration du système est la rétention des données, récurrente malgré sa récente levée, ainsi que le boycott d'activités par les

syndicats de la santé. Cela entraîne de très faibles niveaux de disponibilité, de promptitude, de complétude et d'exactitude des données.

Cette situation est exacerbée par la forte centralisation du système syndical dont l'influence amplifie le problème de rétention des données de santé justifiant la nécessité d'aller vers la mise en place de conventions syndicales dans les territoires. Il est ainsi nécessaire de mettre en œuvre des mesures concertées et soutenues par un cadre juridique et réglementaire clair et de prôner des approches plus territorialisées avec les DRS et les comités de développement sanitaire.

I.3.2. Évaluation des financements mobilisés ainsi que leur utilisation

Forte contribution des ménages et forte dépendance aux financements extérieurs

La mise en place d'un système de financement durable des services de santé à l'échelle nationale étant cruciale pour l'atteinte de la cible de couverture sanitaire universelle (CSU), le Sénégal s'est doté en 2017 d'une Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la CSU (SNFS/CSU).

Cette stratégie a fait l'objet d'une évaluation en 2023 qui a fait ressortir des contraintes en termes de protection contre le risque financier lié à la maladie et de mobilisation des ressources parmi lesquelles :

- L'absence d'un système public unique de protection contre la maladie couvrant les agents de l'Etat, les travailleurs du secteur privé formel et informel et les groupes vulnérables ;
- La faiblesse des dépenses publiques de santé par rapport aux dépenses générales du gouvernement au regard de l'engagement d'Abuja ;
- Le manque de financements innovants ou nouveaux pour accroître les ressources domestiques en faveur du secteur de la santé ;
- L'absence de politique d'achat stratégique pour une meilleure efficience des dépenses de santé accompagnée d'un cadre de mesure de sa performance.

Le financement du système de santé du Sénégal est soutenu par l'action conjuguée de plusieurs sources à savoir l'État, les collectivités territoriales, les ménages, le secteur privé (entreprises), les ONG et les partenaires techniques et financiers (PTF).

Tableau I : Évolution de la structure des sources de financement de la santé

Sources	Part dans le financement (%)					
	2017	2018	2019	2020	2021	Moyenne
État (Ressources internes)	24,2	22,4	24,5	29,3	28	21,8
Collectivités territoriales	1,4	1,1	0,7	2,0	1	1,3
Entreprises	6,7	2,4	2,9	6,3	7	5,5
Ménages	46,1	52,5	45,0	37,6	36,4	45,0
ONG	1,2	1,6	1,9	2,2	2	1,9
PTF	20,4	20	25	22,6	25,6	24,4
Total	100	100	100	100	100	100

Source : Rapport comptes de la santé 2017-2021

Concernant les dépenses, les résultats des comptes de la santé 2017-2021 montrent que celles des ménages représentent en moyenne 45,8% des dépenses totales de santé alors que celles de l'État sont estimées à 21,6%. Quant aux PTF, leurs dépenses s'élèvent à 24,6% tandis que les dépenses des collectivités territoriales et des entreprises représentent respectivement 1,3% et 5,5%.

Les paiements directs des ménages représentent ainsi une part importante des dépenses de santé et sont largement au-dessus de la norme préconisée par l'OMS¹⁵. En effet, en l'absence d'un système de couverture santé optimale, les ménages supportent le plus gros du financement de santé (pour eux même et pour les employés domestiques), avec une grande volonté de payer. De plus, le déficit de territorialisation des mutuelles existantes limite l'équité dans l'accès aux services de santé et expose les ménages des régions ou territoires les plus pauvres au risque d'effectuer des dépenses catastrophiques de santé.

De son côté, l'Etat consacre une part relativement faible de son budget national à la santé, ce qui limite les ressources disponibles pour améliorer les infrastructures, recruter du personnel qualifié et fournir des services de santé de qualité. Alors que dans la déclaration d'Abuja, le Sénégal s'est engagé à allouer au secteur de la santé 15% de son budget général, les progrès réalisés restent très lents (8,01% en 2017 à 9,4% en 2022), malgré les efforts fournis avec

¹⁵ le rapport mondial de la santé de l'OMS 2010 montre que les paiements directs des ménages devraient se situer entre 15% et 20%.

l'accroissement du budget du MSAS de 191,7 milliards de FCFA en 2020 à 263,5 milliards de FCFA en 2024 (figure 2), soit un accroissement de 37,43%.

Tableau II : Évolution du budget du MSAS (en milliards de FCFA) de 2020 à 2024, par grandes catégories de dépenses

Catégories de dépenses	Montant par année (en milliards de FCFA)						Part dans le budget (%)
	2 020	2 021	2 022	2 023	2 024	TOTAL	
Dépenses De Personnel	42,9	46,3	48,9	58,6	80,0	276,7	24,1
Biens Et Services	14,8	15,0	16,3	19,5	19,5	85,1	7,4
Transferts Courants	34,5	40,0	41,1	53,1	55,3	224,0	19,5
Investissements exécutés par L'Etat	91,1	106,0	124,2	106,2	104,5	531,9	46,3
Transferts en capital	8,4	9,3	5,5	5,2	4,1	32,5	2,8
TOTAL	191,7	216,6	236,0	242,5	263,5	1 150,2	100

Source : SYSBUDGE, ANNÉES 2020 à 2024

Il ressort de l'analyse des données du tableau III que le budget du MSAS était exécuté à hauteur de 94,9% en 2020 avant de passer à 89,6% en 2024. L'exécution des crédits du MSAS se calcule sur la base des crédits ouverts hors dépenses de personnel et hors ressources extérieures. Les baisses du niveau d'exécution en 2023 et 2024 résultent de ponctions récurrentes qui sont de nature à impacter négativement l'atteinte des objectifs de certains services et programmes du MSAS, du gel des crédits qui touche toutes les catégories de dépenses et du retard dans l'approbation des dossiers de marchés par les autorités compétentes.

Tableau III : Exécution du budget du MSAS sur la période 2020-2024

Libellés	Montant par année (en milliards de FCFA)				
	2020	2021	2022	2023	2024
Crédits ouverts	87,6	90,2	87,4	101,9	104,3
Crédits ordonnancés	83,2	86,0	84,4	85,1	93,4
Taux d'exécution annuel	94,9%	95,3%	96,5%	83,5%	89,6%

Source : SYSBUDGE, 2020 à 2024

S'agissant des PTF, leurs dépenses de santé sont évaluées en moyenne à 24,6% des dépenses totales entre 2017 et 2021. Plus de 75% de ces financements sont orientés vers la prise en charge des maladies transmissibles et la santé de la mère et de l'enfant. La prise en charge des maladies non transmissibles est sous

financée, alors qu'elles sont responsables de près de 53% de la mortalité au Sénégal.

I.3.3. Description et analyse de la situation des bénéficiaires en termes de satisfaction de la demande

Lenteur des services et coûts élevés, motifs récurrents d'insatisfaction

Le rapport de l'enquête de satisfaction des usagers des services publics dans sa partie dédiée à la santé (ESUSP, 2022) révèle des informations clés sur l'expérience des usagers dans les services de santé au Sénégal.

Les **services de consultation** sont les plus sollicités, notamment en milieu rural (57%), comparé à 25% à Dakar urbain et 18% dans les autres villes. Les hommes constituent plus des deux tiers (67%) des usagers des consultations. Parmi les motifs d'insatisfaction, 38,3% des usagers citent la lenteur des services, 29% la cherté des coûts, 10,6% la mauvaise qualité de l'accueil et 13,9% la grossièreté des agents. En ce qui concerne la satisfaction, 50,2% des usagers se disent satisfaits de la diligence des services, 43,7% de la courtoisie des agents, et 4,3% apprécient la qualité des services.

Concernant les **services d'hospitalisation**, plus de la moitié des usagers en milieu rural (50%) ont fait appel à ces services. Les motifs d'insatisfaction les plus fréquents sont l'excessivité des coûts (46,5%), suivie de la lenteur des services (23,7%). En revanche, les usagers satisfaits soulignent la courtoisie des agents (38,3%) et la diligence des services (54,8%).

Pour les services de soins, 59% des usagers proviennent de zones rurales. Les motifs d'insatisfaction incluent la lenteur des services (41%) et les coûts excessifs (33,8%). Les usagers satisfaits de ces services mettent en avant la diligence (56%) et la courtoisie des agents (38,6%).

En **pharmacie**, les usagers ruraux (58%) sont les plus nombreux, et 86,5% des usagers insatisfaits mentionnent des coûts excessifs comme principal motif. La satisfaction est liée à la diligence des services (48,2%) et à la courtoisie des agents (33,2%).

Les **services d'urgence** sont principalement sollicités par les résidents de Dakar urbain (42%) et en milieu rural (41%). La lenteur des services est le principal motif d'insatisfaction (41,9%). En revanche, 65,9% des usagers satisfaits apprécient la courtoisie des agents et 34,1% la diligence des services.

Enfin, concernant les **services d'ambulance**, 38% des usagers sont des résidents ruraux. Le coût excessif est cité comme principal motif d'insatisfaction, surtout en milieu rural (62,6%). En termes de satisfaction, 49,6% des usagers se disent satisfaits de la diligence des services, et 44,4% soulignent la courtoisie des agents.

Les tendances montrent que la lenteur des services et les coûts élevés sont des motifs d'insatisfaction récurrents, tandis que la diligence et la courtoisie des agents figurent parmi les motifs de satisfaction, avec des variations notables entre les milieux urbains et ruraux, ainsi que selon le sexe des usagers.¹⁶

I.3.4. Bilan des réalisations et analyse des performances

Le Sénégal a mis en place plusieurs stratégies en vue de l'atteinte de la Couverture sanitaire universelle. Cependant, des difficultés persistent, notamment en raison de la vulnérabilité du secteur de la santé face aux crises sanitaires et aux catastrophes. La pandémie de COVID-19 a révélé la nécessité de disposer d'un système de santé résilient, capable de maintenir les services de santé, notamment les Soins de Santé primaires (SSP), tout en gérant les crises actuelles et futures grâce à une gouvernance adaptée entre secteurs public et privé. Les maladies chroniques à soins coûteux, les maladies endémiques et les impacts du changement climatique sont des défis majeurs pour la santé publique.

1) Santé reproductive maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent-e et nutrition

Mortalité néonatale et infanto-juvénile en hausse, malnutrition persistante et santé reproductive des adolescent(e)s préoccupante

Le Sénégal a réalisé des progrès dans les domaines de la santé reproductive maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent-e et nutrition, bien que des défis subsistent.

La mortalité maternelle a diminué de 236 à 153 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV) entre 2017 et 2023¹⁷, mais reste loin de l'objectif de 70 décès pour 100 000 NV d'ici 2030. Des disparités régionales persistent, avec des taux élevés à Kédougou (340), Kolda (317) et Matam (317). La mortalité néonatale est passée de 21 pour 1 000 NV en 2019 à 23 pour 1000 NV en 2023 et reste au-dessus de l'objectif de 12 pour 1 000 NV naissances vivantes fixé à l'horizon 2030. Les régions de Sédihiou (58 pour 1 000 NV) et Kolda (54 pour 1 000 NV) affichent les taux les plus élevés. La mortalité infanto-juvénile a augmenté passant de 37 pour 1 000 NV en 2019 à 40 pour 1000 en 2023, les principales causes étant les infections respiratoires aiguës, les diarrhées et le paludisme, avec des taux élevés à Kolda (77), Sédihiou (71), et Kédougou (63).

La malnutrition aiguë a augmenté, passant de 8% à 10% entre 2018 et 2023, avec des taux critiques dans les régions de Matam (22,2%) et de Tambacounda (17,8%). La malnutrition chronique est passée de 27% à 18%

¹⁶ Rapport de l'enquête de satisfaction des usagers du service public (ANSD, ESUSPS, 2022)

¹⁷ EDS 2017 et EDS 2023

entre 2011 et 2023, et la prévalence du faible poids de naissance a légèrement diminué de 13% à 12% entre 2015 et 2018.

La prévalence contraceptive est passée de 12% en 2012 à 25,5% en 2019, mais reste presque stagnante depuis avec 25,6%¹⁸ en 2023, avec des disparités régionales allant de 8% à Tambacounda à 36,4% à Dakar. L'objectif de prévalence contraceptive de 45% n'a pas été atteint.

En matière de santé reproductive des adolescent(e)s, 2,3% des adolescentes ont déjà été enceintes avant 15 ans, et 12,3% des adolescentes de 15 à 19 ans ont entamé leur vie procréative. Le taux de mères adolescentes est de 10,1%, et le taux de planification familiale chez les adolescentes en union (15-19 ans) est de 9%.

2) Lutte contre la maladie

Persistance du paludisme dans certaines régions, augmentation des nouvelles infections au VIH, concentration des cas de tuberculose, accès difficiles aux soins pour les hépatites et disponibilité limitée des médicaments pour les maladies tropicales négligées

→ Maladies transmissibles

Paludisme : Depuis l'introduction des tests de diagnostic rapide et des traitements à base d'artémisinine en 2006, il est noté que 99,7 % des cas suspects ont été testés. L'incidence a baissé de 33,9‰ à 31,2‰, et la mortalité est passée de 3,5 à 2,3 pour 100 000 habitants. Toutefois, la transmission persiste et revêt des caractères variables selon les zones : elle est faible dans les régions de Saint-Louis, Louga et Matam, modérée au centre (41 districts), et forte au sud (Kédougou, Tambacounda, Kolda).

VIH/Sida : La prévalence nationale dans la population générale est de 0,3 % en 2023¹⁹, en baisse par rapport au taux de 0,75 % noté en 2005. Cependant, la prévalence est plus élevée à Ziguinchor (1,5 %). Les nouvelles infections ont augmenté de 1600 cas en 2000 à 2800 cas en 2023, affectant surtout les personnes âgées de 15 à 24 ans. Le taux de transmission mère-enfant est estimé à 15,16 %²⁰. La prévalence reste élevée chez les professionnelles du sexe (5,8%), les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (27,6%) et les consommateurs de drogues injectables (3,7%)²¹

¹⁸ EDS 2019 et 2023

¹⁹ EDS 2017

²⁰ Spectrum UNAIDS 2023

²¹ Spectrum UNAIDS 2023

Tuberculose : Le nombre de cas a augmenté de 87 à 92 pour 100 000 habitants entre 2003 et 2023, avec 75 % des cas dans quatre régions (Dakar, Thiès, Diourbel et Ziguinchor). La couverture du traitement est passée de 60 % en 2018 à 81 % en 2023, avec un taux de succès thérapeutique de 90 %, et 3 % de décès.

Hépatites virales : La prévalence est de 8 à 9 % pour l'hépatite B et 2 % pour l'hépatite C²². La lutte repose sur la vaccination, le dépistage et le traitement, mais rencontre des défis d'accès et de formation.

Maladies tropicales négligées (MTN) : 15 des 21 MTN recensées au niveau mondial sont endémiques au Sénégal. Des progrès incluent la certification de l'interruption de la transmission de la dracunculose et l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. La lutte se poursuit pour l'élimination de 4 MTN (Trachome, Filariose lymphatique, Onchocercose, Trypanosomiase humaine africaine). Les défis restent la prise en charge des cas de lymphœdème et la disponibilité des médicaments.

Ainsi, malgré des progrès dans certaines zones, des efforts restent nécessaires dans la détection, la prise en charge et la gestion des MTN à travers une approche multisectorielle.

→ **Maladies non transmissibles**

Mortalité élevée liée aux maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent une réelle préoccupation du secteur de la santé du fait de la progression constante du nombre de personnes affectées. En effet, 53 % des décès au Sénégal en 2022 sont dus aux MNT²³, avec un taux de mortalité prématûrée (décès avant l'âge de 70 ans) de 22 %. Les maladies cardiovasculaires représentent 22% des décès, les traumatismes 11% et les cancers 10%. La mortalité est liée entre autres au retard de diagnostic, avec une insuffisance de programme de détection précoce et de dépistage. Il s'y ajoute une insuffisance de la contribution des autres secteurs dans la lutte contre les facteurs de risque de ces MNT, notamment la mauvaise alimentation, l'inactivité physique, le tabagisme, l'usage nocif d'alcool et la pollution de l'air.

Les dernières enquêtes STEPS ont montré une baisse de la prévalence de l'HTA passant de 29,8% en 2015 à 24,5% en 2024 et une hausse de la prévalence du diabète passant de 3% en 2015 à 4,2% en 2024.

²² PSN pour une riposte intégrée SIDA, tuberculose, hépatites virales et IST 2023-2030

²³ Rapport OMS sur les MNT

→ **Santé mentale**

Inégalités dans l'accès aux soins et faible intégration de la santé mentale dans les politiques publiques

En 2019, les pathologies mentales les plus courantes au Sénégal étaient les psychoses (56,8%) et les troubles neurologiques à manifestation psychiatrique (26,7%). Le pays a fait des progrès dans la prise en charge de la santé mentale, avec des initiatives telles que la création d'une Division de la santé mentale, la formation de psychiatres, la décentralisation des soins, et l'intégration des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Cependant, les défis tournent autour de l'obsolescence de la loi n°75-80 du 9 juillet 1975 sur le traitement des maladies mentales, les inégalités dans l'accès aux soins et la faible intégration des différentes dimensions de la santé mentale dans les politiques publiques.

→ **Santé buccodentaire**

Faible accès aux soins (62,5% de population adulte n'ayant jamais reçu de soins dentaires)

Pour les affections bucco-dentaires, les caries dentaires sont les plus prédominantes avec une prévalence nationale de 76,3%, suivies des parodontopathies avec une prévalence de 72%. Plus de la moitié de la population adulte (62,5%)²⁴ n'a jamais reçu des soins dentaires. Malgré la charge élevée de ces maladies, leur inter relation avec d'autres pathologies et leurs répercussions sur la santé générale, la santé bucco-dentaire n'est toujours pas considérée comme une priorité de santé.

De plus le secteur est confronté à de nombreuses contraintes liées à la vétusté et l'absence de renouvellement des équipements, à l'exercice illégal de la profession dentaire.

→ **Santé oculaire**

Insuffisance des ressources financières mobilisée

Les unités de soins oculaires (USO) sont passées de 35 en 2006 à 81 en fin 2024. La quasi-totalité des districts dispose d'au moins une USO. Le pays dispose de 90 ophtalmologistes dont 60 dans le secteur public (avec les 2/3 sur l'axe Dakar- Thiès) et 108 Techniciens supérieurs en Ophtalmologie (TSO). Un gap important est noté dans la mise en œuvre des activités de promotion de la santé oculaire dû notamment, à l'insuffisance des ressources financières mobilisées. Les activités du Programme National de Promotion de la Santé Oculaire (PNPSO) sont essentiellement financées par des ONG dont le champ

²⁴ Enquête STEPS 2015

d'action ne couvre pas tout le pays, entraînant ainsi des insuffisances dans l'équité territoriale.

→ **Laboratoire**

Insuffisance des ressources humaines et des équipements

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'importance stratégique de disposer d'un réseau de laboratoires publics performants et de proximité. L'absence d'infrastructures diagnostiques bien réparties et équipées augmente considérablement le risque de propagation rapide des maladies à potentiel épidémique, tout en compliquant la prise en charge efficace des maladies chroniques et des urgences médicales. Conscient de ces défis, l'État a inscrit dans la Stratégie Nationale de Développement (SND) 2025-2029 un programme ambitieux de modernisation des laboratoires, dénommé Programme spécial de Développement des Laboratoires. Ce programme contribuera à renforcer durablement le système de santé en impactant les domaines liés à la santé maternelle et infantile, la gestion des urgences sanitaires et la lutte contre les maladies chroniques. Il positionnera également le Sénégal comme un acteur régional majeur en matière de surveillance épidémiologique, de recherche biomédicale et de gestion des crises sanitaires.

3) Programme Élargi de vaccination (PEV)

Baisse des couvertures vaccinales

Les deux principaux indicateurs traceurs du PEV sont la couverture en Penta-3 et en Rougeole-Rubéole RR1. Globalement, les tendances montrent une baisse de la couverture vaccinale en 2023. En effet les taux de couverture vaccinale en Penta-3 et en RR1 sont passés respectivement de 92% et 86% en 2019 à 83% et 76% en 2023²⁵. En outre, le nombre d'enfants âgés de 12 à 23 mois n'ayant jamais reçu de vaccin "zéro dose" a doublé, passant de 3% en 2019 à 6% en 2023. La baisse des couvertures vaccinales est considérable pour le vaccin contre le papillomavirus humain (VPH) chez les filles âgées de 9 ans : elle est passée de 96 % à 47 % entre 2019 et 2022.²⁶ Les principales raisons évoquées sont la fermeture des écoles durant la période de la pandémie de COVID 19, les rumeurs et les fausses informations sur cette stratégie de vaccination dédiée à la prévention du cancer du col de l'utérus.

²⁵ EDS 2023

²⁶ DHIS2

4) Maladies à potentiel épidémique

Augmentation des cas de rougeole

Au Sénégal, huit maladies à potentiel épidémique sont sous surveillance : la rougeole, la poliomyélite, la fièvre jaune, les méningites, les diarrhées sanglantes, le choléra, les fièvres hémorragiques, les infections respiratoires aiguës (pneumonie). En 2024, le Sénégal a enregistré 557 cas confirmés de rougeole dont 84% ne sont pas vaccinés, avec zéro décès enregistré. La tranche d'âge 5-15 ans était la plus touchée (53%). Le pays a organisé en décembre 2024 une campagne de masse qui a permis de vacciner plus de 7 millions d'enfants âgés de 9 mois à 15 ans. Pour pallier les urgences de santé publique, le pays dispose actuellement de documents d'élimination de la rougeole, de la poliomyélite, ainsi que d'un plan de riposte à une épidémie de méningite. Dans le cadre de l'approche « Une seule Santé », les équipes du MSAS et les autres secteurs concernés mettent en œuvre des activités d'investigation devant tout cas confirmé.

5) Médecine traditionnelle

Absence d'évaluation de l'impact de la médecine traditionnelle sur la santé globale

La médecine traditionnelle constitue un recours de premier niveau pour une grande partie de la population. Cependant, son impact sur la santé globale reste à être évalué à travers des études approfondies. Dans le cadre de la souveraineté pharmaceutique, le Sénégal s'engage à promouvoir l'utilisation des plantes médicinales et à développer la phytothérapie, comme le prévoit le Master plan 2025-2034 pour la filière relative au développement de l'industrie pharmaceutique. L'objectif est de renforcer la médecine traditionnelle et la pharmacopée, avec des initiatives telles que l'amélioration du cadre juridique, le développement des compétences, des études socio-anthropologiques, et la cartographie des acteurs.

6) Prévention, préparation et riposte aux urgences sanitaires

Récurrence des épidémies

Le Sénégal a mis en place en décembre 2014 le Centre des Opérations d'Urgence sanitaire (COUS) après la prise en charge réussie de cas de maladie à virus Ebola. La mission principale du COUS est de coordonner toutes les opérations d'urgences sanitaires. L'expérience de la gestion de la COVID-19 a en effet montré l'efficacité de la réponse que le Sénégal a mise en place pour lutter contre la pandémie.

Ces dernières années, le Sénégal a été confronté à des épidémies de rougeole, de fièvre de la Vallée du Rift, de fièvre Crimée Congo, de dengue,

de fièvre jaune et de COVID-19. Parallèlement, le pays avait conduit une deuxième évaluation externe conjointe (JEE) de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) en juillet 2023, et doit, sur la base de ces résultats, élaborer un Plan d'Action National pour la Sécurité Sanitaire (PANSS) pour les cinq prochaines années. De plus, depuis 2016, le Sénégal, avec l'outil stratégique pour l'évaluation des risques (STAR), a déterminé des profils de risque. Cet outil est une boîte à outils complète qui permet aux pays et aux régions de procéder à une évaluation stratégique, rapide et fondée sur des données probantes des risques pour la santé publique afin de planifier et de hiérarchiser les activités de gestion des risques d'urgence sanitaire et de catastrophe.

Par ailleurs, depuis octobre 2024 le Ministère des Forces armées, en relation avec les services du MSAS a mis en place la première équipe médicale d'urgence de l'Afrique, certifiée par l'OMS.

7) Gestion des urgences médico-chirurgicales

Insuffisance dans la coordination entre acteurs

Au Sénégal, des efforts ont été déployés pour améliorer la gestion des urgences, incluant la création de Services d'Accueil des Urgences (SAU) dans 87% des hôpitaux, d'Unités d'Accueil des Urgences (UAU) dans 39% des centres de santé, ainsi que la mise en place du Centre d'Enseignement en Soins et Gestes d'Urgence (CESGU) au SAMU. Des mesures telles que le recrutement de médecins spécialisés, l'augmentation du nombre d'ambulances, et le renforcement du SAMU ont aussi été prises. Cependant, des problèmes persistent, comme l'utilisation inappropriée des équipements ambulanciers, le manque de personnel qualifié pour la régulation médicale, et le coût élevé des transports. De plus, une mauvaise coordination entre les acteurs, des manquements techniques et des difficultés organisationnelles nuisent à la qualité des services d'urgence²⁷.

8) Promotion de la santé

Insuffisance de financement

Le MSAS cherche à résoudre les problèmes de santé en abordant leurs causes profondes, souvent liées à un manque de prise en charge des déterminants de la santé. Le Plan stratégique national de Promotion de la Santé (PSNPS) doit être renforcé par l'intégration de l'approche « la santé dans toutes les politiques (SdTP) ». Cependant, la mise en œuvre dudit plan est retardée par des contraintes financières. La résurgence des épidémies et pandémies

²⁷ Plan stratégique national d'amélioration de la gestion des urgences au Sénégal 2022-2026.

(surtout celle de COVID-19) montre l'importance de la promotion de la santé pour renforcer la résilience des systèmes de santé.

Il existe plusieurs défis à la promotion de la santé, tels que la non-fonctionnalité des cadres de coordination, le manque d'intégration de cette approche dans les stratégies, l'insuffisance de capitalisation des expériences réussies et l'insuffisance de financement. De plus, il y a un déficit de mécanismes de suivi et d'évaluation dans la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques publiques.

9) Hygiène et qualité

Insuffisance de ressources humaines qualifiées

L'hygiène occupe une place importante dans les Objectifs de Développement durable (ODD), à côté de l'assainissement dans la Cible 6.2 de l'Objectif 6 qui vise « d'ici 2030, à assurer pour tous un accès suffisant et équitable à des installations sanitaires et à l'hygiène, à mettre un terme à la défécation en plein air, et à prêter une attention particulière aux nécessités des femmes, des jeunes filles et des personnes en situation de vulnérabilité ».

Cet objectif cadre parfaitement avec l'orientation de l'Agenda national de Transformation Sénégal 2050, de passer d'une santé curative à une santé préventive. À ce titre, il convient de capitaliser l'auto évaluation de l'application du RSI au Sénégal en Novembre 2016 ayant conduit à l'élaboration d'un plan d'actions pour renforcer les capacités nationales en la matière.

Cependant, le domaine de l'hygiène reste marqué par un profond déficit en ressources humaines qualifiées. En effet, la région de Diourbel qui abrite la ville de Touba, ne compte que 18 agents d'hygiène pour couvrir 213232 domiciles. Thiès, une autre cité religieuse, dispose de 29 agents pour couvrir 8509 domiciles. Il s'y ajoute un problème de formation continue des cadres supérieurs et un défaut de plan de gestion des carrières. Par ailleurs, les équipements et matériels d'intervention, ainsi que la logistique et les infrastructures font également défaut. A titre d'exemple, 39 sous-brigades d'hygiène ne disposent pas de véhicules et généralement les services sont logés dans les districts sanitaires ou alors ne disposent pas de local.

10) Protection sociale

Fragmentation des interventions

La loi d'orientation sociale (LOS) de 2010, visant à améliorer les droits des personnes handicapées, souffre d'une mauvaise application, avec seulement 3 des 15 textes d'application adoptés. La Couverture Maladie Universelle (CMU) a progressé, atteignant 53,2% en 2022 (contre 20% en 2012) ; 8,4 millions

d'enfants de moins de 5 ans bénéficient de la gratuité des soins, et 303 113 personnes âgées profitent du Plan Sésame. En 2024, 98 126 cartes d'égalité des chances ont été émises, bien loin de l'objectif de 700 000 pour 2029, soit un faible taux de couverture de 14 %²⁸. Parmi les avantages liés à cette carte, seuls certains sont partiellement effectifs (finance, santé, réadaptation, transport). La population des personnes handicapées a augmenté, passant de 5,9 % en 2013 à 7,9 % en 2024.

La protection sociale est fragmentée, manquant de coordination et de ressources. La part du budget du MSAS allouée à la protection sociale représente entre 2 et 3 % du budget global. Les ressources locales restent sous-exploitées, et malgré des initiatives de gratuité, la prise en charge des soins coûteux est insuffisante, notamment pour les personnes âgées. Les programmes sont également caractérisés par des inégalités territoriales et un mauvais ciblage des bénéficiaires. Il s'y ajoute la non activation des fonds d'Action sociale, d'appui aux personnes handicapées (article 47 de la loi d'orientation sociale relative au handicap).

11)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.

→ L'accès équitable aux médicaments et produits essentiels de qualité

Faible production locale de médicaments

Le taux de disponibilité des médicaments et produits essentiels traceurs est passé de 89 % en 2017 à 90,67 % en 2023. Plusieurs stratégies, comme la « PRA Mobile », le « Jegesi Naa » (Je me suis rapproché), le « Yeksi Naa » (Je suis arrivé), et la distribution par la SEN-PNA, ont contribué à améliorer la disponibilité des produits de santé au niveau des points de prestations de services. Cependant, moins de 10 % des besoins nationaux et près de 16 % des achats de la SEN-PNA sont couverts par la production locale, soulignant la nécessité de renforcer l'industrie pharmaceutique sénégalaise pour garantir un accès équitable aux médicaments.

Les leçons tirées de la crise de Covid-19 ont entraîné des réformes importantes, telles que la création de l'Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique (ARP), la modification du statut de la SEN-PNA, et le projet de relance de l'industrie pharmaceutique. L'atteinte du niveau de maturité 3 (NM3) de l'ARP, reconnue par l'OMS, est un gage de qualité pour les médicaments locaux et un levier pour renforcer la souveraineté

²⁸ Direction générale de l'action sociale.

pharmaceutique. Le changement de statut de la PNA qui est devenue la SEN-PNA²⁹ est un élément clé pour son rôle dans le développement de l'industrie pharmaceutique.

Malgré les progrès, des défis subsistent dans la mise en œuvre du plan de relance, notamment la complexité des réformes, la multiplicité des acteurs et l'insuffisance d'appropriation du plan. Pour optimiser la chaîne d'approvisionnement, les défis incluent le maintien du niveau NM3 et l'atteinte du NM4 par l'ARP, ainsi que le renforcement de la SEN-PNA, notamment par la mise en place de pôles régionaux, la réhabilitation des services d'approvisionnement régionaux, et la réduction de la dépendance envers les fournisseurs étrangers, qui représentent 84 % des produits importés.

→ **Recherche pour la santé**

Faiblesse du budget

La loi 2009-17 du 9 mars 2009 a établi la recherche en santé au Sénégal, avec la création du Comité national d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS). En 2023, le CNERS a été certifié ISO 9001-2015 et dispose d'une plateforme de soumission en ligne des protocoles de recherche. Cependant, la part du budget allouée à la recherche en santé est de 0,57%, bien inférieure aux 2% recommandés par l'OMS. Sur la période 2020-2023, 85% du financement de la recherche provenait de l'extérieur. Il y a une faible visibilité sur les priorités nationales de recherche, un manque d'indicateurs pour évaluer le respect des engagements internationaux, et la recherche opérationnelle n'est pas encore utilisée de manière systématique pour améliorer la performance des interventions en santé. Enfin, les publications et rapports d'orientation ne sont pas suffisamment valorisés.

→ **Partenariat, décentralisation et multisectorialité**

Coordination limitée entre secteurs

Le partenariat, la décentralisation et la multisectorialité sont des approches stratégiques majeures dans la mise en œuvre de la politique de santé et d'action sociale. Le partenariat avec le secteur privé a été renforcé par une convention entre le MSAS et l'Alliance du Secteur privé de la Santé du Sénégal en juillet 2020, visant à renforcer la collaboration avec les ONG et à mobiliser des ressources via la Responsabilité Sociétale d'Entreprise (RSE), identifiée dans la Stratégie nationale de Financement de la Santé pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). La RSE et les partenariats public-privé (PPP) sont des mécanismes clés pour cette mobilisation. Le PPP au niveau du

29 décret n° 2023-845 du 7 avril 2023 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de la SEN-Pharmacie nationale d'Approvisionnement dénommé « SEN-PNA »

secteur de la santé souffre de problèmes d'identification de projets susceptibles d'être financés en mode PPP, de gouvernance, et de coordination de la mise en œuvre.

Les partenaires au développement financent près de 24,4% de la santé, mais il existe des faiblesses dans la prévisibilité des ressources et l'harmonisation des procédures qui devraient être corrigées par la signature des accords d'engagements du COMPACT SANTE - 2 et la validation du manuel de procédures administratives, financières et comptables du PNDSS.

En matière de décentralisation, une convention a été signée entre le MSAS et l'Union des Associations d'Élus locaux (UAEI) en septembre 2020. Le MSAS a également réformé les comités de santé en comités de développement sanitaire (CDS), selon le décret 2018-35 du 05 janvier 2018 et un guide de l'élu local pour la gestion de la santé communautaire a été élaboré et partagé. Ce guide propose des organes de gestion de la santé et des organes de coordination en santé communautaire.

En plus, d'autres mécanismes de gestion de la santé communautaire ont été mis en place pour renforcer le dispositif de gestion au niveau des collectivités territoriales. Il s'agit (i) des visites de terrain pour discuter avec les acteurs communautaires, observer les activités, apprécier les prestations, vérifier le plateau technique, etc.), (ii) des réunions mensuelles de coordination du poste de santé regroupant les agents communautaires de santé auxquels les élus locaux peuvent participer, (iii) des réunions de suivi périodique des activités de santé communautaire, etc.

Cependant, des problèmes de gouvernance persistent, notamment dans la coordination de la gestion des compétences transférées aux collectivités territoriales (absence de décrets d'application). Pour renforcer la multisectorialité, le MSAS travaille à la mise en place d'un cadre permettant de mieux intégrer les autres secteurs dans la CSU, sur la base de cahiers de charge. Toutefois, des insuffisances existent dans la planification des activités de promotion de la santé et l'action sociale, soulignant la nécessité de renforcer la mise en œuvre des approches comme « la Santé dans toutes les politiques » et « Une seule santé ».

I.3.5. Description de l'offre dans les domaines couverts par le ministère (FFOM)

Le secteur de la santé présente des forces, faiblesses, opportunités et menaces qui influencent son développement. Le PNDSS et les plateformes SRMNIA-N et RSI offrent un cadre solide pour la planification. Des outils comme la carte sanitaire, la stratégie de financement pour tendre vers la CSU et la plateforme DHIS2 renforcent la gestion. L'usage des technologies, notamment IHRIS et

MIRSAS, ainsi que la plateforme de dialogue public-privé, soutient l'efficacité du secteur.

Cependant, des faiblesses persistent : insuffisance et mauvaise répartition des ressources humaines qualifiées, absence d'un plan national de formation continue, déficiences dans le contrôle des processus, et infrastructures vieillissantes et insuffisantes avec des ruptures de stocks de médicaments notamment essentiels, déficit de financement du système de santé, faible participation et implication des communautés, des acteurs non étatiques et des partenaires au développement dans la gouvernance et le financement du système de santé, faible responsabilisation des territoires pour une approche pôle faible couverture et la fragmentation des systèmes de protection sociale et faible mise en cohérence des différentes interventions pour un système de protection sociale efficace et efficiente.

Parmi les opportunités, le cadre juridique favorable, l'engagement des partenaires techniques et financiers, la promotion de l'assurance maladie universelle et le développement de l'industrie pharmaceutique sont des atouts majeurs.

Toutefois, des menaces subsistent, notamment la dépendance aux financements externes, un contexte économique fragile avec une pression fiscale élevée, et les crises imprévues (épidémies, catastrophes).

Il est donc crucial de surmonter ces défis en optimisant les réformes juridiques et en développant un financement innovant pour assurer un système de santé durable et résilient.

I.4. Synthèse des contraintes, défis, enjeux et priorités

Le secteur de la **santé** est confronté à plusieurs défis nécessitant des réformes majeures.

Santé : pour la santé maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent (e), les principaux défis incluent des moyens insuffisants, une prévalence contraceptive faible, un réseau de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) fragile et des carences en services de nutrition. Il est essentiel de renforcer les SONU, améliorer la planification familiale, adapter les services aux jeunes, augmenter et mieux répartir le personnel de qualité et assurer un financement domestique des intrants nutritionnels et d'autres besoins en santé notamment en adaptant la fiscalité locale et en transférant des ressources financières adéquates aux collectivités territoriales. Concernant la prévention et la prise en charge des maladies, les capacités en diagnostic et traitement sont limitées, la couverture vaccinale reste incomplète et la coordination entre les programmes est insuffisante. Pour y remédier, il faut améliorer la

vaccination, renforcer la prise en charge des maladies chroniques et garantir la couverture universelle des soins. Les urgences sanitaires souffrent d'un manque de fonds d'appui et d'une coordination régionale défaillante. Il est crucial de créer des fonds d'urgence, d'établir des centres régionaux de coordination et de déployer des équipes médicales d'urgence sur tout le territoire.

Promotion de la santé et prévention : l'absence de planification stratégique et le manque de financement limitent l'efficacité des actions de prévention. Il est indispensable d'intégrer la santé dans toutes les politiques, d'adopter un plan stratégique national et de renforcer les cadres de coordination. Une augmentation des budgets pour les vaccins et les sous-brigades d'hygiène est également essentielle. Dans le cadre du partenariat et de la décentralisation, l'absence de réglementation sur la RSE et la faible mobilisation des ressources locales constituent des freins. Il est nécessaire de promouvoir des PPP, renforcer la gouvernance locale et mettre en place des cadres multisectoriels. Concernant l'hygiène et la qualité, le déficit en formation, infrastructures et équipements entrave les progrès. Il faut réhabiliter et équiper les structures d'hygiène et renforcer les ressources humaines pour garantir un service efficace.

Protection sociale : la protection sociale est marquée par une fragmentation du secteur, un retard dans l'adoption des textes et une faible participation des collectivités territoriales. Il est impératif d'adopter l'ensemble des textes d'application de la Loi d'Orientation sociale, de créer des bureaux régionaux pour la gestion de la vulnérabilité et d'activer les fonds d'action sociale et d'appuis aux personnes handicapées afin d'améliorer la prise en charge des populations vulnérables. Il s'y ajoute la faible couverture et la fragmentation des systèmes de protection sociale ainsi que la faible mise en cohérence des différentes interventions pour un système de protection sociale efficace et efficiente.

Domaines transversaux : la dégradation des infrastructures, l'insuffisance et la mauvaise répartition des ressources humaines de qualité, le cloisonnement des programmes et la forte dépendance aux fournisseurs étrangers de médicaments constituent des freins importants pour le développement du secteur. D'autres obstacles incluent les circuits illégaux de médicaments, l'absence de cadre juridique sur les données sanitaires, la fragmentation des bases de données, ainsi que l'inefficacité des partenariats public-privé et des dépenses de santé.

Pour y remédier, les priorités incluent la modernisation des infrastructures, l'intégration du privé dans la carte sanitaire, la régionalisation des recrutements, le développement de l'industrie pharmaceutique et la lutte

contre les circuits illégaux de vente de médicaments. Il est aussi essentiel de digitaliser la santé, d'améliorer la gestion des données et de promouvoir les PPP pour les laboratoires et autres infrastructures. Enfin, la bonne gouvernance, l'équité dans la répartition des ressources et l'intégration des enjeux climatiques et du genre sont cruciales pour une meilleure couverture sanitaire et une protection sociale renforcée.

Un certain nombre de défis est ressorti de l'analyse situationnelle du secteur de la santé et de l'action sociale :

- Le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention ;
- Le développement, la bonne répartition et le maintien des ressources humaines de qualité à tous les niveaux ;
- Le développement de l'industrie pharmaceutique locale ;
- La disponibilité permanente des médicaments et produits d'importance vitale au dernier kilomètre ;
- Le renforcement de la gouvernance du secteur à tous les niveaux ;
- La responsabilisation et l'autonomie des territoires, nécessaires pour une approche pôle ;
- La digitalisation intégrale du système de santé et d'action sociale ;
- Le renforcement de la protection sociale en santé ;
- La mise aux normes des structures de santé et d'action sociale ;
- Le relèvement du plateau technique ;
- L'augmentation et le rééquilibrage des ressources financières

Au regard de l'ensemble de ces défis, il ressort des priorités essentielles :

- 1)** Renforcer la gouvernance institutionnelle et organisationnelle à tous les niveaux, tenant compte de l'approche par les pôles territoires (autonomie-responsabilisation-performance) avec une digitalisation intégrale ;
- 2)** Mettre aux normes les structures de santé et d'action sociale pour une offre de services de qualité ;
- 3)** Relever le plateau technique ;
- 4)** Développer l'industrie pharmaceutique locale ;
- 5)** Renforcer et répartir équitablement les ressources humaines de qualité à tous les niveaux ;
- 6)** Renforcer la prévention et la promotion de la santé;
- 7)** Renforcer la protection sociale ;
- 8)** Augmenter les ressources financières notamment domestiques.

II. FORMULATION DE LA STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT

II.1. Fondamentaux de la stratégie

Le Sénégal s'est engagé depuis octobre 2024 dans un nouveau référentiel des politiques publiques, avec l'Agenda national de Transformation Sénégal 2050 décliné en Stratégie nationale de Développement (SND) 2025-2029 qui a pour objectif général de « Promouvoir un développement endogène et durable, porté par des territoires responsabilisés, viables et compétitifs, et jetant les bases de la Souveraineté ».

Cet Agenda national de Transformation traduit la volonté du Chef de l'État de faire du Sénégal **un pays souverain, juste et prospère à l'horizon 2050, ancré dans des valeurs fortes.**

La LPS du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS) est ainsi aligné à son axe 2 « Capital humain de qualité et Équité sociale », notamment à travers les objectifs stratégiques 2.3 et 2.4 visant à « Mettre en place un système de santé performant et accessible à tous » et à « Construire un système de protection sociale inclusif et efficient ».

Dans ce cadre, plusieurs effets sont attendus :

- Effet attendu 2.3.1 : L'accroissement et la diversification d'une offre de services de santé de qualité, afin de mieux répondre aux attentes des citoyens et d'améliorer la couverture sanitaire ;
- Effet attendu 2.3.2 : Une meilleure gouvernance du système de santé, garantissant une gestion plus efficace des ressources et une coordination renforcée entre les différents acteurs ;
- Effet attendu 2.3.3 : Le renforcement de l'usage du numérique, en intégrant les technologies innovantes pour optimiser la gestion des services et améliorer l'accès aux soins ;
- Effet attendu 2.3.4 : Le renforcement de la souveraineté pharmaceutique et sanitaire, visant à réduire la dépendance aux importations et à promouvoir la production locale de médicaments et d'équipements médicaux ;
- Effet attendu 2.4.1 : L'amélioration de la sécurité sociale des travailleurs ;
- Effet attendu 2.4.2 : Le renforcement de la couverture des filets sociaux ;
- Effet attendu 2.4.3 : Le renforcement des droits et de la protection des femmes et des enfants ;
- Effet attendu 2.4.4 : L'amélioration de la gouvernance du système de protection sociale.

Cette nouvelle politique sectorielle se veut également un levier pour mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle avec une pleine intégration et un renforcement de la gouvernance du secteur privé, la promotion du partenariat public privé ainsi que le renforcement de la décentralisation dans la gouvernance du secteur à travers une approche par les pôles territoriaux.

II.2. Déclinaison de la stratégie dans les pôles territoires

La Vision 2050 consacre l'érection de pôles territoriaux compétitifs et intégrés, moteurs d'un développement économique et social. Cette dynamique repose sur une déclinaison cohérente des stratégies sectorielles y compris la santé, soutenue par un secteur privé fort, tant dans la mobilisation des financements que dans la mise en œuvre des projets à l'échelle des huit (8) pôles territoriaux. Une attention particulière sera accordée à la cohérence et à l'efficacité des interventions dans ces territoires, symbole d'une gouvernance rénovée et décentralisée.

Cette option vise, d'une part, à rapprocher les structures de soins des populations les plus éloignées des grands centres urbains en créant des centres de référence régionaux dotés d'infrastructures modernes et d'équipes pluridisciplinaires, et d'autre part, à favoriser la mutualisation des ressources techniques et humaines. En redéfinissant les contours de la gouvernance locale, les autorités étatiques souhaitent instaurer un système intégré où la prévention, la prise en charge et l'accompagnement social sont étroitement liés. L'idée est de construire des espaces d'excellence qui non seulement améliorent la qualité des soins et la réactivité en cas d'urgences sanitaires, mais qui stimulent également l'économie locale par la création d'emplois et le renforcement de l'économie sociale et solidaire. Cette démarche ambitionne de réduire les inégalités, de promouvoir une meilleure cohésion sociale et de positionner le Sénégal comme un modèle en matière de décentralisation notamment dans le domaine de la santé et de l'action sociale.

Dans ce processus, la mise en place de pôles résilients et porteurs de développement durable passe par une planification plus équilibrée de l'aménagement territorial et de l'urbanisation, alignés sur les Plans Locaux de Développement (PLD). Le renforcement des infrastructures et du capital humain, conjugué à un accès équitable et durable aux services sociaux de base, constituera un levier essentiel pour accélérer l'industrialisation des pôles interconnectés avec des villes épcentres.

A cet effet, la politique du secteur de la santé s'inspirant des meilleures pratiques en matière de gouvernance et de logique d'intervention axée sur

la performance compte impulser un certain nombre de réformes en lien avec l'opérationnalisation des pôles territoriaux. Cela passe par :

- ***l'optimisation et la territorialisation du financement de la santé*** : afin de limiter les effets appauvrissants des paiements directs et renforcer l'équité dans la santé, les ménages doivent disposer d'une couverture sociale et solidariser ces paiements directs dans un mécanisme fluide intégrant assurance maladie, protection sociale et code du travail. Ainsi, l'intégration des prestataires et la couverture plus large permettra d'optimiser les dépenses des ménages en territorialisant les mutuelles avec un appui de l'État central sous forme d'enveloppe budgétaire par pôle afin d'assurer ses missions en matière de politique sanitaire.
- ***la responsabilisation accrue des territoires*** : la décentralisation des ressources à travers les enveloppes budgétaires du MSAS par pôle permet de garantir plus d'autonomie et de responsabilité aux territoires où les usagers auront plus d'influence sur la coordination et la supervision des acteurs du secteur y compris pour le recrutement et la sélection du personnel managérial des structures, le suivi et l'évaluation de leur performance. Le niveau territorial pourra dès lors avoir un budget pour couvrir les besoins déterminés selon la carte sanitaire et ceux exprimés par les populations bénéficiaires, à travers les comités de gestions tenant compte de la dimension multisectorielle de la santé. En outre, la mobilisation des ressources au niveau territorial avec par exemple des bailleurs intéressés pas un partenariat et qui pourront financer sur la base du budget approuvé, contribue davantage à cette responsabilisation locale.
- ***le renforcement et la décentralisation de l'assurance maladie universelle*** : tenant compte de cette nouvelle approche pôle, les populations au niveau de chaque district sanitaire doivent être responsabilisées dans la mise en place de mutuelles de santé couvrant leur périmètre dans le respect des principes de libre solidarité et d'autonomie. Afin de capaciter les mutuelles et autorités locales, l'assurance maladie doit être renforcée et encadrée légalement de façon à rendre l'adhésion obligatoire. Tout sénégalais serait dès lors couvert soit à travers un employeur soit sur le marché des assurances et mutuelles de santé et personne ne serait laissé pour compte. L'immatriculation de la population et l'utilisation des technologies digitales permettront d'assurer un bon suivi. En outre, un apport financier supplémentaire du gouvernement central déterminé par le MSAS pourrait être affecté dans chaque pôle et conditionné à l'atteinte de résultats mesurables par des indicateurs de performance.

En définitive le renforcement de la qualité du système de santé et l'accès aux soins et structures de manière équitable dans les pôles nécessite une gouvernance communautaire optimale et produisant les résultats escomptés. Ainsi, pour une opérationnalisation convenable de la LPS au niveau des territoires, les allocations budgétaires du MSAS prévues dans la SND ont été réparties entre les huit (08) pôles conformément au tableau V.

Dans cette perspective, l'innovation et le numérique joueront un rôle transversal dans l'amélioration de la gouvernance sanitaire des pôles. Le développement d'infrastructures adaptées et l'optimisation des outils digitaux permettront de renforcer la coordination des interventions et d'accélérer la transformation des territoires.

II.3. Mobilisation du secteur privé

Conformément à la Vision 2050, le secteur privé devra porter le développement endogène des pôles territoires à travers les différents domaines d'intervention des ministères. Pour ce faire il est impératif de mettre en place un cadre de gouvernance du secteur efficace, en rapport avec le rôle et les attentes du secteur privé dans le financement et l'optimisation de la qualité des services publics dans un contexte de rareté des ressources publiques.

II.4. Rappel et analyse des missions

Selon le Décret n°2024-961 du 08 avril 2024, sous l'autorité du Premier Ministre, le Ministre de la Santé et de l'Action sociale prépare et met en œuvre la politique définie par le Chef de l'État dans le domaine de la santé, de la prévention, de l'hygiène et de l'action sociale. Les missions du Ministre de la Santé et de l'Action sociale sont déclinées ainsi qu'il suit :

- rendre les soins de santé accessibles à tous les Sénégalais, qu'ils vivent en zone urbaine, périurbaine ou rurale ;
- encourager la formation de médecins, des sage-femmes, des infirmiers et des autres personnels médicaux, et favoriser leur implantation équitable dans les zones qui en sont le plus dépourvues ;
- veiller à l'approvisionnement en médicaments et à la couverture des besoins sanitaires de la population ;
- assurer la tutelle des établissements publics de santé et veiller à leur dotation en personnels généralistes et spécialisés ainsi qu'en plateaux techniques de qualité ;
- préparer et appliquer la législation et la réglementation relatives aux professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques ;

- prendre les mesures requises pour la pratique de la prévention médicale dans tous les établissements de santé scolaire et son inscription dans les curricula de l'enseignement scolaire ;
- veiller à une bonne intégration de la problématique environnementale dans la gestion des systèmes sanitaires ;
- lutter activement contre la mortalité maternelle et infantile, avec pour objectif d'aligner le Sénégal sur les meilleurs standards régionaux et mondiaux en la matière ;
- organiser la lutte contre les maladies transmissibles et maladies non transmissibles à travers des programmes spécifiques, avec un accent particulier pour le paludisme, le sida, le diabète et la tuberculose ;
- faciliter la mise en place de programmes élargis de vaccination couvrant efficacement l'ensemble des cibles ;
- porter une attention particulière à la protection de la santé des femmes, des enfants, des travailleurs et des personnes âgées ou handicapées ;
- encourager la pratique du sport comme moyen de prévention contre les maladies, en relation avec le Ministère des Sports.

Au titre de l'action sociale, le Ministre de la Santé et de l'Action sociale apporte une assistance aux malades chroniques et aux groupes vulnérables. A cet effet, il contribue aux efforts de mise en place d'une couverture médicale universelle.

La mission de l'action sociale devrait être renforcée pour prendre en charge toutes les actions en cours dans ce domaine au sein du ministère.

Afin d'adresser tous les déterminants de la santé, la collaboration avec les autres secteurs se fera avec l'ensemble des départements ministériels.

II.5. Vision

La vision globale du secteur repose sur : «**Un système de santé et d'action sociale de qualité, résilient et accessible à tout sénégalais, quels que soient son lieu de résidence et son niveau de revenu, et ouvert aux usagers de la sous-région**».

II.6. Principes et valeurs

La mise en œuvre de la politique sectorielle sera basée sur des principes directeurs et des valeurs partagées.

II.6.1. Principes

La mise en œuvre de la LPS repose sur les principes suivants : (i) la gestion axée sur la performance ; (ii) la participation ; (iii) l'inclusion ; (iv) l'équité (v) la redevabilité (vi) la transparence et (vii) l'intégration.

II.6.2. Valeurs

Le succès de la LPS sera garanti par l'adhésion de tous les acteurs du secteur aux valeurs qui leur permettront de travailler en parfaite harmonie pour la réalisation des objectifs de santé et d'action sociale. Il s'agit notamment de: (i) l'éthique ; (ii) l'intégrité et (iii) la solidarité.

II.7. Orientations stratégiques

L'atteinte de cette vision repose sur quatre (04) orientations stratégiques qui sous-tendent la Politique sectorielle, à savoir :

- Orientation stratégique 1 : Amélioration de la Gouvernance et digitalisation intégrale du secteur;
- Orientation stratégique 2 : Développement de la prévention et promotion de la santé ;
- Orientation stratégique 3 : Diversification de l'offre de soins de qualité;
- Orientation stratégique 4 : Renforcement de la protection sociale.

II.8. Objectifs

L'objectif général de développement du secteur est **d'asseoir un système de santé et d'action sociale accessible, inclusif, efficient, résilient et durable.**

De manière **spécifique**, il s'agit de :

- **Objectif spécifique 1** : Renforcer la performance du secteur à travers l'optimisation des ressources et la digitalisation intégrale en collaboration avec le secteur privé ;
- **Objectif spécifique 2** : Amener les populations à adopter des comportements favorables à la santé et à la lutte contre les effets du changement climatique dans une approche multisectorielle ;
- **Objectif Spécifique 3** : Développer une offre de soins de qualité centrée sur les populations ;
- **Objectif spécifique 4** : Améliorer l'inclusion socio-économique et sanitaire des personnes et groupes vulnérables.

II.9. Programmes d'actions

• Programme 1 : Gouvernance et digitalisation intégrale

- Action 1.1 : Pilotage, multisectorialité et partenariat ;
- Action 1.2 : Financement innovant, Gestion administrative et financière ;

- Action 1.3 : Souveraineté pharmaceutique ;
- Action 1.4 : Normalisation, fonctionnalité et maintenance des infrastructures et équipements ;
- Action 1.5 : Réformes du secteur ;
- Action 1.6 : Digitalisation du secteur ;
- Action 1.7 : Développement de l'intervention du privé ;
- Action 1.8 : Gestion et efficacité des ressources humaines.

• **Programme 2: Prévention et promotion de la santé**

- Action 2.1 : Communication pour le risque et l'engagement communautaire ;
- Action 2.2 : Prévention des maladies et résilience aux changements climatiques ;
- Action 2.3 : Santé dans toutes les politiques ;
- Action 2.4 : Hygiène publique.

• **Programme 3 : Offre de soins de qualité**

- Action 3.1 : Amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux (avec une offre de soins curatifs, réadaptatifs et palliatifs);
- Action 3.2 : Renforcement des capacités de gestion des urgences ;
- Action 3.3 : Disponibilité et accessibilité des médicaments et produits de santé de qualité ;
- Action 3.4 : Gestion et coordination.

• **Programme 4 : Protection sociale**

- Action 4.1 : Couverture médico-sociale ;
- Action 4.2 : Accès aux facteurs de production ;
- Action 4.3 : Gestion du handicap ;
- Action 4.4 : Coordination et multisectorialité.

II.10. Coût de la stratégie

Le coût prévisionnel de la stratégie de la Lettre de Politique sectorielle du MSAS s'élève à 2 260 500 000 000 F.CFA sur 2025-2029, réparti entre le public (1606,4 milliards F.CFA) et le privé (654, 091milliards F.CFA).

Ainsi, pour une opérationnalisation convenable de la LPS au niveau des territoires, les allocations budgétaires du MSAS prévues dans la SND ont été réparties entre les huit (08) pôles conformément au tableau V.

Ainsi, le Pôle Dakar devrait bénéficier de 357,2 milliards de FCFA ; soit 22,20% des dépenses publiques totales du ministère sur la période 2025-2029. Il est suivi du Pôle Diourbel-Louga avec 283,9 milliards de FCFA (17,70%) ; du Pôle Centre avec 270,9 milliards de FCFA (16,90%) ; du Pôle Thiès pour 217,70 milliards de FCFA (13,60%) et du Pôle Sud qui reçoit 11,8% des allocations budgétaires de la lettre.

Enfin les Pôles Sud-Est, Nord et Nord-Est bénéficient respectivement de 6,70% ; 6,60% et 4,50% des dépenses prévisionnelles.

Tableau V : Répartition des dépenses publiques totales de la LPS par pôle territoire

	Pôles territoires	Dépenses totales par pôle (milliards de FCFA)	Dépenses totales par pôle (en %)
P1	Dakar	357,2	22,20%
P2	Thiès	217,7	13,60%
P3	Diourbel-Louga	283,9	17,70%
P4	Centre	270,9	16,90%
P5	Sud	189,3	11,80%
P6	Sud-Est	107,8	6,70%
P7	Nord	106,8	6,60%
P8	Nord-Est	72,8	4,50%
Total MSAS		1606,4	100%

Source : calcul DGPPE

III. Cadre de pilotage et suivi-évaluation

Le cadre de pilotage, de suivi et d'évaluation est essentiel pour une politique sectorielle car il permet, tout au long de la mise en œuvre, de répondre à deux préoccupations majeures : l'efficacité de la gestion et la redevabilité.

III.1. Cadre de pilotage stratégique

La gouvernance du système de santé suppose que les activités mises en œuvre soient basées sur des politiques et plans clairement définis et connus de tous les acteurs. Leur élaboration et leur évaluation doivent se faire sur une base participative. De plus, des mécanismes de coordination formels entre les acteurs, y compris les partenaires au développement, sont nécessaires pour garantir leur efficacité.

La présente Lettre de Politique sectorielle (LPS) est mise en œuvre à travers les programmes du Document de Programmation pluriannuelle des Dépenses (DPPD).

La Loi d'orientation 2022-10 du 19 avril 2022 relative au système national de planification dispose en son article 49 que « le suivi et l'évaluation des LPSD sont assurés par un cadre de concertation qui regroupe les acteurs du secteur, avec la participation des ministères en charge de la Planification et de l'Aménagement du Territoire ». A cet effet, il sera mis en place un comité de pilotage de la LPSD 2025-2029 pour permettre aux différents acteurs concernés, d'apprécier les progrès réalisés et de procéder aux ajustements nécessaires.

Le comité de pilotage constitue un cadre de concertation pour les parties prenantes, notamment les ministères en charge de la Santé, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire. Il est mis en place par arrêté du Ministre de la Santé et de l'Action sociale et assisté au niveau central par un comité technique présidé par le Directeur de la Planification, de la Recherche et des Statistiques et au niveau régional par le Gouverneur.

III.2. Cadre de suivi et d'évaluation

Le dispositif de suivi et d'évaluation de la LPS est intégré dans le système de suivi et d'évaluation du DPPD. À cet effet, les instances de suivi sont :

- la revue annuelle conjointe ;
- la mission conjointe de supervision ;
- la réunion trimestrielle du cadre de coordination des Programmes du DPPD ;
- la réunion mensuelle au sein des programmes du DPPD ;
- la réunion trimestrielle de suivi du PTA.

Les documents suivants seront produits :

- le rapport annuel de performances ;
- les rapports d'activités ;
- un rapport sur les principaux indicateurs de santé selon les huit (08) pôles territoriaux.

Les rapports de performance seront partagés lors des revues annuelles conjointes aux niveaux national et régional. Deux évaluations indépendantes devront être menées afin d'assurer le suivi des processus et des effets obtenus : (i) une évaluation à mi-parcours en 2027 et (ii) une évaluation finale en 2029. Les résultats issus de cet exercice, serviront à l'élaboration de la future LPS de la Santé et de l'Action sociale.

III.3. Synthèse des risques liés à la mise en œuvre de la stratégie

Le secteur de la santé est confronté à divers risques qui peuvent avoir un impact significatif sur son développement.

→ Risques épidémiologiques

L'apparition de nouveaux pathogènes représente une menace élevée. Cela entraîne une surcharge du système de santé et une réaffectation du budget, avec un fort impact sur le développement du secteur. Pour y faire face, il est essentiel de renforcer la surveillance épidémiologique et d'améliorer la prévention et la préparation aux urgences sanitaires.

→ Risques climatiques

Les vagues de chaleur et les catastrophes naturelles constituent également un risque élevé, influençant les politiques sanitaires et entraînant une surcharge de travail. L'intégration des questions climatiques dans la stratégie de santé est une mesure clé pour atténuer ces impacts.

→ Risques environnementaux

La pollution de l'air et les déchets biomédicaux sont des menaces importantes, tandis que la pollution de l'eau représente un risque moyen. Ces facteurs affectent la santé publique et nécessitent des mesures de gestion adaptées.

→ Risques budgétaires

Les ponctions budgétaires et la forte dépendance aux financements des bailleurs extérieurs constituent un risque élevé qui pourrait ralentir la mise en œuvre des stratégies et compromettre les objectifs du secteur. La mobilisation des ressources internes et les investissements privés sont essentiels pour limiter ces impacts.

→ Risques sociaux

Les barrières socioculturelles et le manque d'appropriation des stratégies par la population présentent un risque élevé, retardant la mise en œuvre des politiques. Une communication efficace et l'intégration des aspects socioculturels dans les politiques de santé sont recommandées.

→ Risques politiques

L'instabilité institutionnelle et les crises économiques affectent le secteur de la santé. Il est crucial d'anticiper ces chocs exogènes et de garantir la stabilité des financements en santé.

→ **Risques de performance**

Des systèmes d'information inefficaces, des rétentions d'informations récurrentes, l'insuffisance de personnel qualifié et l'absence de maintenance des infrastructures sont des risques majeurs, impactant fortement le suivi des performances du secteur. L'amélioration de la gestion des ressources humaines et l'optimisation des infrastructures sont des solutions essentielles.

→ **Risques technologiques**

Les cyberattaques et les défaillances des systèmes informatiques représentent un risque élevé pouvant entraîner des pertes de données et une rupture des services de santé. Le renforcement de la sécurité informatique et la formation de personnel qualifié sont des mesures clés pour limiter ces risques.

L'ensemble de ces risques souligne la nécessité d'une approche proactive et des stratégies d'atténuation adaptées afin d'assurer un développement durable et efficace du secteur de la santé et de l'action sociale.

Fait à Dakar, le 25 mars 2025

Pour le Ministère de l'Économie,
du Plan et de la Coopération



Le Ministre
M. Abdourahmane SARR

Pour le Ministère de la Santé
et de l'Action sociale



Le Ministre
Dr Ibrahima SY

IV. ANNEXES

Annexe 1: Matrice des contraintes, défis majeurs, enjeux et priorités

SOUS-SECTEURS	CONSTRAINTES-DEFIS	PRIORITES-ENJEUX
Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse des capacités de diagnostic et de prise en charge • Verticalisation des programmes de santé • Obsolescence des normes dans la réalité actuelle du secteur privé • Absence de fonds d'urgence pour la riposte • Insuffisance d'infrastructures adaptés aux urgences • Absence de respect des normes de la carte sanitaire • Non prise en compte du secteur privé dans la carte sanitaire • Insuffisance dans l'adoption de la démarche qualité dans les structures • Insuffisance dans le monitoring des structures • Faible fonctionnalité du réseau SONU ; • Faible disponibilité de sang dans les structures SONU ; • Insuffisance en unités de néonatalogie dans les EPS et centres de santé 2 ; • Absence de mobilisation de fonds domestiques pour l'achat des intrants nutritionnels ; 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la prise en charge des maladies non transmissibles dans un cadre multisectorielle • Mettre en place des politiques de prise en charge des maladies chroniques (cancer) • Intensifier les interventions à haut impact pour l'accélération de la baisse de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent-e et l'amélioration de la nutrition • Renforcer les programmes de prise en charge des enfants surtout ceux de 0 à 1 mois • Développer l'assurance couverture maladie universelle pour toute la population • Mise en place d'une équipe médicale d'urgence Dans chaque pôle territoire • Adopter la démarche qualité dans toutes les structures • Intégrer la composante privée dans la carte sanitaire en fonction de l'indice des besoins pour chaque pole territoire • Elaborer des normes pour les structures privées de santé • Restructurer les programmes
Promotion de la santé et	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de planification stratégique intégrée de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte la santé dans toutes les

SOUS-SECTEURS	CONTRAINTE-DEFIS	PRIORITES-ENJEUX
prévention des maladies	<ul style="list-style-type: none"> promotion ; • Faible mobilisation de ressources des collectivités territoriales pour la promotion de la santé ; • Insuffisance du fonctionnement des cadres de coordination au niveau déconcentré pour la promotion de la santé ; • Forte dépendance aux bailleurs de fonds surtout pour les couts opérationnels de la prévention • Insuffisance dans la coordination des évènements majeurs de santé publique • Limite dans le portage institutionnel de la vaccination • Absence de budgets Étatiques alloués aux Sous Brigades d'hygiène, 	<ul style="list-style-type: none"> politiques sectorielles • Réviser et adopter un plan stratégique national de promotion de la santé • Augmenter les lignes budgétaires pour l'achat des vaccins pour une souveraineté vaccinale et pour les sous-brigades d'hygiène et des produits d'importance vitale pour la santé de la mère et de l'enfant • Atteindre et maintenir les couvertures vaccinales d'avant la COVID 19
Protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Émiettement du secteur de la protection sociale, • Retard dans l'adoption de l'intégralité des textes de la loi d'orientation ; • Faiblesse de la participation des collectivités et des partenaires à la gestion de la vulnérabilité ; • Non activation du fonds d'action sociale et du fonds d'appui aux personnes handicapées • Faible couverture et fragmentation des systèmes de protection sociale ; • Faible mise en cohérence des différentes interventions pour un système de Protection sociale efficace et efficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption de l'intégralité des textes de la loi d'orientation ; • Mettre en place des bureaux régionaux de production de la carte d'égalité des chances • Activation des fonds d'action et d'appui aux personnes handicapées
Domaines transversaux	<ul style="list-style-type: none"> • Dégradation du bâti et des installations techniques • Infrastructures non adaptées aux technologies modernes et réalités démographiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre aux normes des infrastructures • Régionaliser les postes budgétaires au recrutement • Développer de l'industrie pharmaceutique pour

SOUS-SECTEURS	CONTRAINTE-DEFIS	PRIORITES-ENJEUX
	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit et mauvaise répartition du personnel (médecins spécialistes, paramédicaux, personnel de l'hygiène, de l'action sociale, de l'entretien et de la maintenance) ; • Forte dépendance vis-à-vis des fournisseurs étrangers pour la disponibilité des médicaments ; • Circuits illégaux d'approvisionnement et de commercialisation de médicaments • Absence d'un cadre juridique clair sur les données sanitaires et les statistiques en général • Absence de standards communs d'interopérabilité des bases de données • Cloisonnement et redondance des initiatives entraînant des pertes de ressources et un déploiement anarchique des plateformes numériques ; • Insuffisance de la capitalisation des résultats de la recherche • Faible rentabilité des projets PPP en santé • Insuffisance des ressources financière de la santé ; • Faible efficience des dépenses de santé • Absence de fonctionnement des organes de gestion des CDS par les collectivités territoriales • Insuffisance dans le respect des politiques, normes et protocoles dans le secteur privé de la santé • Absence d'intégration de la dimension changements climatiques dans les politiques, stratégies et documents de planification à tous les niveaux • Faible prise en charge du genre dans les planifications 	<ul style="list-style-type: none"> • l'atteinte de la souveraineté dans le secteur ; • Développer le concept Université Pole territoire des ressources humaines de qualité • Mettre en place d'une politique efficace de lutte contre les circuits illégaux d'approvisionnement et de commercialisation de médicaments ; • Réviser la loi sur les statistiques nationales pour une disponibilité permanente des données ; • Résoudre le gap de financement pour une digitalisation intégrale de la Santé ; • Renforcer la capitalisation des résultats de la recherche et amélioration du financement de la recherche. • Développer de projets PPP dans le domaine des laboratoires ; • Améliorer de l'équité dans la répartition des ressources financières. • Mobiliser les ressources endogènes du secteur privé • Respecter les principes de la bonne gouvernance sanitaire locale à travers le respect des textes • Renforcer les compétences des acteurs sur les enjeux du changement climatique et les mécanismes de finance climatique • Développer des mécanismes de coordination efficaces pour la mise en œuvre des politiques genre • Rendre accessible tous les produits de la SEN PNA aux structures privées de la santé

SOUS-SECTEURS	CONTRAINTE-DEFIS	PRIORITES-ENJEUX
	<p>budgétaires et stratégiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la réforme et la mise en œuvre des textes réglementaires du secteur • Faible participation et implication des communautés et des acteurs non étatiques dans le financement de la santé 	

Source : MSAS

Annexe 2 : Synthèse du Cadre stratégique

SYNTHESE CADRE STRATEGIQUE		
Vision : Un système de santé et d'action sociale de qualité, résilient et accessible à tout sénégalais, quels que soient son lieu de résidence et son niveau de revenu, et ouvert aux usagers de la sous-région		
Objectif général : Asséoir un système de santé et d'action sociale accessible, inclusif, efficient, résilient et durable		
PROGRAMMES	ACTIONS	Description des actions
Orientation stratégique 1 : Amélioration de la Gouvernance et digitalisation intégrale du secteur		
Programme 1 : Gouvernance et digitalisation intégrale	Action 1.1 : Pilotage, multisectorialité et partenariat	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre optimal du budget programme, • Disponibilité d'une carte sanitaire actualisée, • Coordination, planification, suivi et évaluation ; • Promotion de l'égalité et de l'équité en santé; • Intégration de l'égalité des genres dans toutes les politiques de santé, • Renforcement du système d'informations sanitaires et sociales, • Renforcement de la recherche sur le système de santé • Modernisation du système d'archivage et de documentation • Développement de partenariats multisectoriels pour une approche intégrée de

		<p>la santé et de l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développement pole territoire Sanitaire (décentralisation),
Action 1.2 : Financement innovant et Gestion administrative et financière		<ul style="list-style-type: none"> • Gestion administrative et comptable ; • Développement des stratégies de mobilisation des ressources • Contrôle des normes, des procédures et processus et gestion administrative, financières et technique de l'ensemble des services et établissements relevant de l'autorité du Ministre
Action 1.3 : Normalisation et fonctionnalité des infrastructures et équipements		<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la disponibilité et de la qualité des infrastructures, des équipements et de la logistique ; • Mise en œuvre des mécanismes d'optimisation des infrastructures, des équipements et de la logistique, intégrant la maintenance • Mise en place de systèmes modernes de gestion des déchets biomédicaux, • Construction d'infrastructures sanitaires écologiques et résilientes ; • Réhabilitation et mise aux normes des infrastructures de 30 EPS ; • Reconstruction de 5 EPS qui ne sont plus conformes ; • Mise aux normes des plateaux techniques des EPS associé au développement de l'offre de soins spécialisés ; • Mise en œuvre du Plan stratégique de maintenance des équipements et infrastructures
Action 1.4 Souveraineté pharmaceutique		<ul style="list-style-type: none"> • Alignement de la réglementation aux standards internationaux de régulation pharmaceutique, • Promotion de la souveraineté pharmaceutique dans les politiques nationales de santé
Action 1.5 : Réformes du secteur;		<ul style="list-style-type: none"> • Réformes pour tendre vers la CSU et mise en place d'un cadre de suivi des réformes,

		<ul style="list-style-type: none"> • réforme du cadre juridique relatif aux EPS (réforme hospitalière de 1998 et gouvernance des EPS) • Réforme du code de la santé
Action 1.6: Digitalisation du secteur;		<p>Renforcement de l'interopérabilité des données du secteur de la santé y compris celles du privé,</p> <p>Renforcement de la télémédecine et de la digitalisation des données de santé,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généralisation de l'utilisation du dossier patient informatisé;
Action 1.8 : Développement l'intervention du privé	de	<ul style="list-style-type: none"> • Révision des textes • Développement des PPP
1.9 : Gestion et efficacité des ressources humaines		<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la disponibilité et de la qualité des ressources humaines ; • Formation continue, en adéquation avec les besoins identifiés ; • Mise en œuvre du plan de formation des ressources humaines spécialisées pour • Mise aux normes de l'offre de soins de référence en collaboration avec les facultés de médecine ; • Territorialisation de la formation des ressources humaines à travers les universités pôle territoire
Orientation stratégique 2 : Développement de la prévention et promotion de la santé		
Programme 2 : Prévention et promotion de la santé	Action 2.1 : Communication sur le risque et engagement communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la communication publique • Renforcement de la participation communautaire • Renforcement du système de communication sur les risques

	Action 2.2 Prévention des maladies, et Résilience aux changements climatiques	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des activités de prévention contre la maladie ; • Renforcer la surveillance des maladies; • Renforcement des services de prévention, de dépistage, de traitement et de réhabilitation des addictions (tabac, alcool, substances psychoactives) ; • Renforcement de la prévention et du dépistage précoce des troubles mentaux • Renforcement de la pharmacovigilance • Renforcement des activités de Promotion de la santé à tous les niveaux dans une approche multisectorielle • Renforcement du système d'Immunisation pour toutes les cibles • Renforcement de la vaccination de routine, des activités de vaccination supplémentaires (AVS) et Campagnes de masse préventives
	Action 2.3 : Santé dans toutes les politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la prise en compte de la santé dans toutes les politiques,
	Action 2.4: Hygiène publique	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion des comportements favorables à l'hygiène individuelle et collective, • Renforcement de la lutte contre les vecteurs de maladies liées à l'environnement ; • Renforcement des infrastructures et pratiques WASH dans les établissements de santé et les communautés ; • Intégration des principes WASH (eau, assainissement et hygiène) dans toutes les stratégies et interventions communautaires ; • Renforcement de la sécurité des soins, des aliments et de l'environnement de travail
Orientation stratégique 3 : Diversification de l'offre de soins de qualité		

Programme 3 : Offre de soins de qualité	Action 3.1 : Amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux (avec une offre de soins curatifs, réadaptatifs et palliatifs)	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la qualité de la PEC des maladies (services de dépistage, de traitement et réadaptation) • Développement de l'offre de soins spécialisés de référence afin de positionner le Sénégal comme un HUB médical • Développement de l'offre de soins du secteur privé • Renforcement de la performance des structures de santé • Mise en œuvre de plans d'adaptation pour les établissements de santé face aux risques climatiques, • "Management de la qualité dans les services, dans la prise en charge, et dans la sécurité des usagers ; renforcement de l'offre de services d'aide au diagnostic ; • Gestion de qualité des déchets biomédicaux dans les structures de santé. • Renforcement de la Prévention et contrôle des infections (PCI)
	Action 3.2 : Renforcement des capacités de gestion des urgences	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la gestion des urgences sanitaires • Régulation des urgences médico-chirurgicales et des évacuations sanitaires
	Action 3.3 : Disponibilité et accessibilité des médicaments et produits de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Extension de la couverture des médicaments génériques dans les systèmes de santé publique ; • Renforcement de la centrale d'achat publique et son repositionnement dans le développement de l'IPL ; • Renforcement de l'approvisionnement en circuit formel en dispositifs médicaux et autres intrants pour les maladies chroniques et non transmissibles et les accidentés de la voie publique • Renforcement de la disponibilité des médicaments et les autres produits de santé au dernier kilomètre ; • Renforcement de la disponibilité des produits sanguins et les dérivés au niveau

		des structures de santé.
	Action 3.4 : Coordination et gestion	<ul style="list-style-type: none"> fonctionnalité des instances de coordination
Orientation spécifique 4 : Renforcement de la protection sociale		
Programme 4 : Protection sociale	Action 4.1: Couverture médico-sociale	<ul style="list-style-type: none"> Couverture médico-sociale des personnes et Groupes vulnérables ; Promotion de la prophylaxie sociale et l'accompagnement psychosocial des PGV
	Action 4.2 : Accès aux facteurs de production	<ul style="list-style-type: none"> Prévention, prise en charge et promotion des droits des personnes et groupes vulnérables formation et le renforcement des capacités techniques, résilience économique des personnes et groupes vulnérables ; autonomisation des groupes vulnérables, opérationnalisation des compétences des collectivités territoriales en matière de gestion de la vulnérabilité
	Action 4.3: Gestion du handicap	<ul style="list-style-type: none"> Développement inclusif à travers la mise en œuvre du Programme national de réadaptation à base communautaire ; Développement des mécanismes de la LOS relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées
	Action 4.4: Coordination et multisectorialité	<ul style="list-style-type: none"> Pilotage, coordination, gestion des programmes de l'Action Sociale ; Gestion optimale, des infrastructures et des équipements

Source : MSAS

Annexe 3: Cadre de suivi et évaluation

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	PROGRAMMES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PERFORMANCE				COÛT total ESTIME	
				Indicateurs	Valeur de référence	Année de référence	Cible 2029	Privé	Public
Amélioration de la Gouvernance et digitalisation intégrale du secteur	Gouvernance et Digitalisation intégrale	Renforcer la performance du secteur à travers l'optimisation des ressources et la digitalisation intégrale en collaboration avec le secteur privé	Une meilleure gouvernance du secteur est mise en place avec l'effectivité de la gestion axée sur les résultats	Nombre d'infirmiers d'État pour 1 000 habitants	1/2250	2024	1/1500	654, 091 milliards (29%)	1606,4 milliards (71%)
				Nombre de sages-femmes d'État pour 1 000 femmes en âge de reproduction	1/1193	2024	1/500		
				Nombre de médecins pour 10 000 habitants	1/6500	2024	1/3500		
				Part du budget alloué à la santé dans le budget global	9,4%	2023	14%		
				Part du financement privé dans la santé	9,3%	2023	29%		
				Nombre de structures de Santé (EPS, CS, et PS) délivrant le dossier patient informatisé	2	2024	163		
Développement de la prévention et promotion de la santé	Prévention et promotion de la santé	Amener les populations à adopter des comportements favorables à la santé et à la lutte contre les effets du changement	la morbi-mortalité est réduite	Taux de couverture RR1	76%	2023	90%	192 768 000 000	
				Pourcentage d'enfants âgés de 0-11 mois complètement vaccinés	64%	2023	90%		
				Nombre de départements ministériels ayant élaboré et mis en œuvre des cahiers de	6	2024	25		

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	PROGRAMMES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PERFORMANCE				COÛT total ESTIME	
				Indicateurs	Valeur de référence	Année de référence	Cible 2029	Privé	Public
climatique dans une approche multisectorielle				charge pour agir sur les déterminants de la santé				654 091 milliards (29%)	1606,4 milliards (71%)
				Proportion de districts sanitaires ayant pris en compte la dimension changement climatique dans leur PTA	0	2024	70%		
				Prévalence contraceptive	25,6%	2023	48%		
				Incidence du paludisme	31,2‰	2021	5 ‰		
				Indice de couverture des services essentiels (ICSE)	50,2	2019	80		
Diversification de l'offre de soins de santé de qualité		Développer une offre de soins de santé centrée sur les populations	Des services de soins accessibles, efficaces et équitables sont développés pour satisfaire les besoins des populations	Ratio de mortalité maternelle	134/100 000 NV	2023	80/100 000 NV	562 240 000 000 654 091 507 605	722 880 000 000
				Quotient de mortalité néonatale	19 ‰	2023	15 ‰		
				Quotient de mortalité infantile	26,6 ‰	2023	20 ‰		
				Quotient de mortalité infanto-juvénile	35,7 ‰	2023	29 ‰		
				Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans aiguë	8,1%	2023	4,9%		

ORIENTATIONS STRATEGIQUES	PROGRAMMES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	RESULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE PERFORMANCE				COÛT total ESTIME 2 260, 5 milliards (FCFA)	
				Indicateurs	Valeur de référence	Année de référence	Cible 2029	Privé 654, 091 milliards (29%)	Public 1606,4 milliards (71%)
				Taux de disponibilité des médicaments et autres produits de santé	86%	2023	98%		
Renforcement de la protection sociale	Protection sociale	Améliorer l'inclusion socio-économique et sanitaire des personnes et groupes vulnérables	Les personnes et groupes vulnérables bénéficient de prestations de qualité	Pourcentage de satisfaction des demandes de PEC médicale des soins couteux	77,62%	2023	87%	128 512 000 000	
				Proportion de personnes et groupes vulnérables bénéficiaires de formation professionnelle	65,23%	2023	70%		
				Pourcentage de personnes handicapées détentrices de Carte d'égalité de chances	24,8%	2023	58%		

Source: MSAS

ANNEXE 4 : Budgétisation (montants en FCFA)

<u>Orientation Stratégique</u>	2025		2026		2027		2028		2029	
	<u>Privé</u>	<u>Public</u>	<u>Privé</u>	<u>Public</u>	<u>Privé</u>	<u>Public</u>	<u>Privé</u>	<u>Public</u>	<u>Privé</u>	<u>Public</u>
O.S. 1 : Amélioration de la gouvernance ;		61 526 198 785		37 140 912 788		42 235 938 486		42 711 490 878		43 196 554 318
O.S. 2 : Développement de la prévention et de la promotion de la santé ;		65 737 453 400		156 636 414 938		160 699 168 253		160 168 090 793		161 987 078 693
O.S. 3 : Diversification de l'offre de soins de santé de qualité ;	<u>105 978 862</u> <u>- 590</u>	58 975 667 071	<u>117 156 247</u> <u>- 727</u>	121 828 322 729	<u>129 512 490</u> <u>- 002</u>	123 188 153 917	<u>143 171 921 189</u>	124 575 181 728	<u>158 271 986 097</u>	125 989 950 095
O.S. 4 : Renforcement de la protection sociale.		4 213 227 977		27 846 473 767		28 157 292 324		30 788 726 183		28 797 702 879
TOTAL	<u>105 978 862</u> <u>- 590</u>	190 452 547 233	<u>117 156 247</u> <u>- 727</u>	343 452 124 222	<u>129 512 490</u> <u>- 002</u>	354 280 552 979	<u>143 171 921 189</u>	358 243 489 582	<u>158 271 986 097</u>	359 971 285 985

Annexe 5: Matrice des FFOM

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> → Existence d'un référentiel pour la mise en œuvre de la politique sanitaire et sociale (PNDSS) → Mise en place de dispositifs de coordination intersectoriels (plateforme SRMNIA-N, plateforme RSI, conventions, COPIL, CRD, etc.) → Existence d'une carte sanitaire → Adoption d'une stratégie de financement pour tendre vers la couverture sanitaire universelle (CSU). → Passage à l'échelle de la plateforme DHIS2 → Informatisation de la gestion des ressources humaines (IHRIS, MIRSAS) → Existence d'une plateforme de dialogue public-privé → Existence d'une cartographie du secteur privé de santé → Mise en œuvre de politiques inclusives (genre et programmes de filets sociaux) → Mise en place de l'ARP et atteint du niveau de maturité 3 → Changement de statut de la SEN PNA → Expérience acquise lors de la gestion de crises comme la COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> → Insuffisance et mauvaise répartition des ressources humaines qualifiées → Absence de plan national pour la formation continue du personnel → Faiblesse du contrôle interne → Retard dans l'exécution des budgets → Insuffisance et vétusté des infrastructures et équipements de santé → Fragmentation et insuffisance de coordination entre acteurs et projets → Problèmes fréquents de rupture de stocks de médicaments
Opportunités :	Menaces :
<ul style="list-style-type: none"> → Existence de cadres juridiques favorables (lois et conventions) → Engagement des partenaires techniques et financiers à appuyer le secteur → Existence d'initiatives de développement de la couverture maladie universelle → Contribution des collectivités territoriales dans la santé → Initiatives de responsabilité sociétale et environnementale des entreprises (RSE) → Priorisation de l'industrie pharmaceutique dans la vision 2050 → Existence de la plateforme One Health → Elargissement de l'offre de formations universitaires en santé (UFR santé) 	<ul style="list-style-type: none"> → Forte dépendance aux partenaires techniques et financiers pour le financement des programmes de santé → Pression fiscale et faiblesses du cadre incitatif pour le privé → Survenue d'épidémies, de catastrophes naturelles ou de crises globales. → Faiblesse économique et faible niveau de vie des populations.

Source : MSAS

Annexe 6: Matrice d'analyse des parties prenantes

PARTIES PRENANTES	INTERET PAR RAPPORT AU DEVELOPPEMENT DU SECTEUR	ROLES ET RELATIONS FONCTIONNELLES	ACTIONS/ ACTIVITES ENVISAGEES
ETAT	<ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'une stratégie quinquennale d'intervention claire pour le secteur de la santé pouvant impacter sur la prévisibilité des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement et mise à disposition des ressources • Régulation du secteur • Régulation et contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> • 15% du budget de l'état alloué au secteur de la santé • Respect des contreparties avec les PTF • Respect des engagements internationaux et sous régionaux"
Collectivités territoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Disposer des orientations claires sur la politique sanitaire et sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion et participation à l'effort de santé (article 170, 306 et 307 du code général des collectivités territoriales ; • Construction, recrutement de personnel, gestion, participation à la CSU". 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement et renforcement de capacité sur les textes de la décentralisation, • Élaboration des POCT-SAS ; • Construction, recrutement en rapport avec la carte sanitaire ; • Fonctionnement régulier des organes des CDS.
Ministères sectoriels	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration de la dimension promotion de la santé dans les politiques sectorielles vulnérables • Adaptation de leurs politiques sectoriels par rapport aux orientations de la LPSD du MSAS (tenant compte des déterminants de la santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Collaboration avec le Ministère de la Santé pour assurer une approche coordonnée • Participation à l'offre de services curatifs, préventifs et promotionnels" 	<ul style="list-style-type: none"> • "Elaboration des cahiers de charge • Signature des protocoles d'entente"
Société civile	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure prise en compte des intérêts des usagers dans les interventions du secteur de la santé" 	<ul style="list-style-type: none"> • Appui aux politiques publiques en matière de santé et d'action sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Signature de convention de partenariat et la formalisation de la collaboration avec le MSAS

PARTIES PRENANTES	INTERET PAR RAPPORT AU DEVELOPPEMENT DU SECTEUR	ROLES ET RELATIONS FONCTIONNELLES	ACTIONS/ ACTIVITES ENVISAGEES
		<ul style="list-style-type: none"> • Appui au financement • Plaidoyer pour la mobilisation des ressources • Participation active aux activités du ministère • Médiation avec les communautés • Sentinel pour la prise en compte des besoins des populations dans les politiques publiques" 	
Secteur privé	<ul style="list-style-type: none"> • "Meilleure visibilité sur les axes d'intervention à impact réel sur les politiques de santé • Renforcement de la productivité et de la santé financière du secteur privé" 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation à la disponibilité et de l'offre de soins de qualité • Développement de l'investissement dans le secteur privé de la santé • Assurer une offre complémentaire • Amélioration de la carte sanitaire Accompagner les initiatives de production de médicaments et autres produits de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Réforme du cadre juridique du secteur privé • Amélioration de la mobilisation des ressources du secteur privé (RSE, PPP, Financements innovants) • Renforcement de l'assainissement du secteur • Amélioration de la prise en compte de la composante privée dans la carte sanitaire en fonction de la typologie, du paquet de services et de l'indice de besoins Mesures incitatives (fiscales et non fiscales) Ouverture du capital pour la création d'hôpitaux
PTF	<ul style="list-style-type: none"> • "Meilleure visibilité sur les axes d'intervention à impact réel sur les politiques de santé • Alignement aux orientations 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement des projets • Accompagnement technique dans l'élaboration, la mise en œuvre le suivi et l'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • "Améliorer la mise en œuvre du compact • Relancer et améliorer la fonctionnalité de la plateforme RSS

PARTIES PRENANTES	INTERET PAR RAPPORT AU DEVELOPPEMENT DU SECTEUR	ROLES ET RELATIONS FONCTIONNELLES	ACTIONS/ ACTIVITES ENVISAGEES
	stratégiques internationales et nationales	de projets et programmes"	
Instituts de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration des interventions par les résultats de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> Participation à la production de données probantes pour l'aide à la prise de décision Accompagnement pour le développement de produits de santé Formation des ressources humaines Aide à la prise de décision Appui dans la formation et les missions de surveillance et investigation épidémiologique et la recherche opérationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> "renforcer la collaboration et la coordination entre acteurs Renforcer le financement Renforcer la formation Disséminer les résultats de recherche "
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité d'offre de services de qualité accessibles (géographique et financière) 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des services Participation à la promotion et à la prévention " 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer les campagnes d'informations et de sensibilisation

Source : MSAS

Annexe 7 : Matrice d'analyse des risques liés à la stratégie

RISQUES	OUI /NON	QUELS RISQUES ?	(3) ÉLEVÉ, (2) MOYEN (1) FAIBLE	QUEL IMPACT SUR LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR ?	FAIBLE (1) /MOYEN (2) /FORT (3)	NIVEAU DE CRITICITÉ (/9)	ACTION DE MITIGATION OU CONTINGENCE
Risques épidémiologiques	OUI	Apparition de nouveaux pathogènes (COVID-19, virus Nipah, etc.)	3	. Surcharge de travail du système de santé . Réaffectation du budget . .	3	7	. Renforcement de la surveillance épidémiologique . Amélioration de la politique de préparation aux ripostes face aux urgences sanitaires
		Résistance aux antimicrobiens					
Risques climatiques	OUI	Vagues de chaleurs	3	. Réorientation de la politique sanitaire . Réaffectation du budget . Surcharge de travail	3	5	La prise en compte du changement climatique et des questions environnementales dans la stratégie du secteur
		Fortes précipitations					
		Catastrophes naturelles					
Risques environnementaux	OUI	Pollution de l'air	3				
		Pollution de l'eau					
		déchets biomédicaux					
Risques de marché	NON						
Risques budgétaires	OUI		3	. Retard dans la mise en œuvre des	2	7	Mettre à disposition les ressources à temps

RISQUES	OUI /NON	QUELS RISQUES ?	(3) ÉLEVÉ, (2) MOYEN (1) FAIBLE	QUEL IMPACT SUR LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR ?	FAIBLE (1) /MOYEN (2) /FORT (3)	NIVEAU DE CRITICITÉ (/9)	ACTION DE MITIGATION OU CONTINGENCE
Risques financiers		. Retard dans la mise en place des ressources financières . Ponction budgétaire		activités identifiées dans la stratégie . Non atteinte des objectifs définis dans la politique du secteur . contre-performance			
Risques économiques							
Risques physiques	NON						
Risques sociaux	OUI	. Non appropriation de la stratégie par les bénéficiaires . Barrières socio-culturelles et accès aux soins	3	. Retard dans la mise en œuvre de la stratégie . Non atteinte des objectifs	2	7	. Communication pour le changement de comportement . Prise en compte des aspects sociaux-culturelles dans les politiques
Risques politiques	OUI	. Chocs exogènes . Instabilité institutionnelle . Réduction des budgets de santé lors des crises économiques, crises sanitaires ou des changements de priorités nationales	1	. Non atteinte des objectifs . Retard dans la mise en œuvre des activités identifiées dans la stratégie . Dégénération de la qualité des services et des infrastructures	3	7	. Mise en place d'une stratégie d'anticipation sur les chocs exogènes . Prise en compte dans les décisions politiques des impacts sur la santé

RISQUES	OUI /NON	QUELS RISQUES ?	(3) ÉLEVÉ, (2) MOYEN (1) FAIBLE	QUEL IMPACT SUR LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR ?	FAIBLE (1) /MOYEN (2) /FORT (3)	NIVEAU DE CRITICITÉ (/9)	ACTION DE MITIGATION OU CONTINGENCE
Risques de performance	OUI	<ul style="list-style-type: none"> . Systèmes d'information inefficaces . Inéquité dans la répartition des ressources humaines qualifiées . Absence de maintenance des infrastructures . Insuffisance de la maintenance des équipements . Infrastructures insuffisantes ou obsolètes . Faible collaboration entre les secteurs public et privé . Insuffisance de ressources humaines de maintenance qualifiées . Non encadrement des dons . Inexistence d'un manuel de procédure 	3	<ul style="list-style-type: none"> . Retard dans la mise en œuvre des programmes de santé prioritaires. . Difficulté à suivre et évaluer les performances du secteur de santé. 	3	5	<ul style="list-style-type: none"> . Renforcement du Système d'Information . Meilleure répartition des ressources humaines . Difficulté à suivre et évaluer les performances des services de santé. . Mise en place d'une stratégie de maintenance des infrastructures et des équipements. . Renforcement de capacité du personnel de maintenance . Non encadrement des dons . Elaboration et application du manuel de procédure
Risques technologiques	OUI	<ul style="list-style-type: none"> . Cyber attaque . Défaillances des systèmes informatiques . Problèmes d'interopérabilité . Accessibilité inégale aux technologies 	3	<ul style="list-style-type: none"> . Menace sur la sécurité des données . Perte de données . Rupture de l'offre de service 	2	6	<ul style="list-style-type: none"> . Renforcement la sécurité informatique . Mise à disposition de ressources humaines qualifiées en technologies informatiques

