



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'
Afrique



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

SÉNÉGAL



**STRATÉGIE DE COOPÉRATION
DE L'OMS AVEC LES PAYS
2009-2013**

SÉNÉGAL

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, 2009–2013 Sénégal

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN: 978 929 031 1362

(NLM Classification: WA 540 HS1)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	V
PRÉFACE	VII
RÉSUMÉ	IX
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT	2
2.1 Profil géographique, démographique et socio-économique	2
2.2 Situation sanitaire	3
2.3 Eau, hygiène et assainissement	11
2.4 Financement du système de santé	11
2.5 Politique et Programmes de santé	12
2.6 Défis	15
SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS	16
3.1 Tendance Globale	16
3.2 Principaux Partenaires au Développement	17
3.3 Organisations Non Gouvernementales	17
3.4 Mécanismes de Coordination	18
SECTION 4 CADRE DE LA POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS : LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES MONDIALES ET RÉGIONALES	19
4.1 But et mission de l'OMS	19
4.2 Fonctions essentielles	19
4.3 Priorités sanitaires mondiales	19
4.4 Priorités sanitaires de l'OMS	20
4.5 Priorités sanitaires de la Région africaine	20
4.6 Rendre l'OMS plus efficace au niveau pays	21
4.7 Adapter la mission de l'OMS aux changements mondiaux	21
SECTION 5 PROGRAMME DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE SÉNÉGAL : SITUATION ACTUELLE	22
SECTION 6 PROGRAMME STRATÉGIQUE DE L'OMS AU SÉNÉGAL	28
6.1 Développement du Système de Santé	28
6.2 Lutte contre la Maladie	30
6.2.1 Maladies transmissibles (Paludisme, SIDA, TB,)	30
6.3 Santé de la Reproduction	32
6.4 Environnement et santé	32

6.4.1	Promotion des environnements sains	32
6.4.2	Gestion des risques et situations de catastrophe	33
6.4.3	Promotion des styles de vie sains et réduction des comportements à risques	33
SECTION 7	MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE	34
SECTION 8	SUIVI-ÉVALUATION	35
<i>Annexe 1</i>	Répartition de la population selon la région administrative	37
<i>Annexe 2</i>	Répartition des structures sanitaires et leur Ratio, selon la région, en 2007	38
<i>Annexe 3</i>	Répartition du personnel médical et para médical, par catégorie et par région, en 2007 (source : MS/DRH)	39
<i>Annexe 4</i>	Intervention des partenaires au développement dans le secteur de la santé, par domaine d'activité (2007-2011)	40
<i>Annexe 5</i>	Zones d'intervention des partenaires au développement dans le secteur de la santé (2007-2011)	42
<i>Annexe 6</i>	Liste des plans stratégiques	43
<i>Annexe 7</i>	Objectifs stratégiques de l'OMS 2008-2009	44
RÉFÉRENCES	45

ABRÉVIATIONS

BCI	:	Budget consolidé d'Investissement
BID	:	Banque islamique de Développement
CCA/UNDAF	:	Évaluation commune du Pays (Système des Nations Unies)
CESAG	:	Centre africain d'Études supérieures en Gestion
DOTS	:	Stratégie de traitement sous observation directe de la tuberculose
DPS	:	Direction de la Prévision et des Statistiques
DSRP	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC3	:	Diphtérie - Coqueluche –Tétanos
EDS	:	Enquête démographique et de Santé
ENDSS	:	École nationale de Développement sanitaire et social
ESAM	:	Enquête sénégalaise Auprès des Ménages
FAD	:	Fonds africain de Développement
FDD	:	Fonds de Dotation
FED	:	Fonds européen de Développement
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAVI	:	Alliance mondiale pour la Vaccination
IDA	:	Association du Développement international
ISED	:	Institut de Santé et de Développement, Dakar
LNR	:	Laboratoire national de Contrôle
MEASURE	:	Macro International Inc
MEF	:	Ministère de l'Économie et des Finances
MII	:	Moustiquaire imprégné d'Insecticides
MSP	:	Ministère de la Santé et de la Prévention (Sénégal)
MTN	:	Maladies tropicales négligées
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
PCIME	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PEV	:	Programme élargi de Vaccination
PNA	:	Pharmacie nationale d'Approvisionnement
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère Enfant
RGPH	:	Recensement général de la Population et de l'Habitat
SNIS	:	Service national d'Informations sanitaires
TPI	:	Traitement préventif Intermittent

PRÉFACE


La stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la stratégie de coopération vise plus de pertinence et de focalisation en détermination de priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Il a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions suivant une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant leçon de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation, d'efficacité tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de la décentralisation opérée et qui renforce la capacité de prise de décision par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Cadre d'Assistance et de Développement des Nations Unies (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux représentants de l'OMS et aux directeurs de divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ

L'élaboration de la deuxième Stratégie de Coopération de l'OMS avec le Sénégal (2009-2013) sanitaire (PNDS) (2009-2018), à laquelle les partenaires dont l'OMS, ont pris part et s'inscrit également dans un contexte national marqué par la mise en œuvre du Document de Stratégie de Lutte contre la Pauvreté (DSRP) (2006-2010), qui fédère les interventions des différents secteurs de développement pour l'atteinte des OMD où le secteur de la santé joue un rôle central.

La présente Stratégie a bénéficié comme par le passé, d'un processus participatif dans son élaboration, impliquant ainsi toute l'équipe du Bureau de la Représentation de l'OMS, les autorités sanitaires nationales aux différents niveaux du système de santé, et des partenaires au développement du secteur.

Les objectifs de la Stratégie de Coopération 2009-2013, qui se fondent sur les constats de l'analyse de la situation actuelle au niveau du secteur, et de la vision du PNDS 2009-2010, contribuent à :

- (1) Réduire le fardeau lié à la mortalité et la morbidité notamment, au niveau des groupes vulnérables ;
- (2) Accroître les performances du secteur ;
- (3) Renforcer la promotion de la santé.

Pour atteindre ces objectifs, quatre orientations stratégiques ont été définies :

- i) Développement du Système de santé ;
- ii) Renforcement de la Lutte contre la maladie ;
- iii) Accélération de la mise en œuvre des stratégies en faveur de la Santé de la Reproduction ;
- iv) Renforcement de la prise en compte des menaces ou problèmes sanitaires liés à l'environnement.

Le développement du Système de Santé cible les composantes suivantes :

- le renforcement de la fonction « Administration générale » (stewardship) ;
- le développement des ressources humaines ;
- l'amélioration du financement de la santé ;
- le renforcement de l'offre de services sanitaires de qualité ;
- le renforcement du Système national d'Information Sanitaire (SNIS) ;
- le développement des médicaments essentiels et des vaccins ;
- le renforcement de la recherche en santé et la valorisation des résultats ;
- le renforcement du plaidoyer pour notamment, la mise en œuvre effective des politiques de santé définies, le renforcement de la multisectorialité et le renforcement du partenariat avec le secteur privé et la société civile.

Le renforcement de la lutte contre la maladie qui cible en priorité les endémies majeures (paludisme, sida, tuberculose) mais aussi les maladies à potentiel épidémique, les Maladies tropicales négligées et les Maladies non transmissibles.

L'accélération de la mise en œuvre des stratégies en faveur de la Santé de la Reproduction qui porte essentiellement sur la Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néo natale, la Stratégie nationale pour la Survie de l'enfant et la Stratégie pour la santé des adolescents.

Le renforcement de la prise en compte des menaces ou problèmes sanitaires liés à l'environnement avec trois composantes :

- la promotion des environnements sains ;
- la gestion des risques et situations de catastrophes ;
- la promotion des styles de vie sains et la réduction des comportements à risques.

Ces différentes orientations stratégiques seront traduites en ligne d'action à travers les plans d'action annuels (POA) issus des différents biennium de coopération, élaborés en étroite collaboration avec le Gouvernement du Sénégal.

SECTION 1

INTRODUCTION

La Stratégie de coopération de l'OMS avec le Sénégal 2009-2013 constitue le cadre de référence qui orientera les interventions de l'OMS. Elle tient compte des orientations de la politique de santé du pays et contribue à la prise en charge des priorités qui y sont définies.

Elle prend en compte les interventions des autres partenaires du secteur de la santé en vue d'une meilleure synergie des actions.

L'élaboration d'un nouveau plan décennal de développement sanitaire actuellement en cours au Sénégal, avec une forte implication du Bureau de l'OMS, constitue une opportunité pour la mise en cohérence du contenu des deux documents.

Le processus d'élaboration participatif adopté pour l'élaboration de la présente stratégie, a permis l'implication effective et la prise en compte des préoccupations des responsables du Ministère de la Santé et de ses partenaires du secteur de la santé au Sénégal.

Le processus interactif commencé en mai 2008, a comporté une retraite de trois jours (14-16 mai 2007) avec la participation du coordonnateur de la cellule de planification du Ministère de la santé qui a été désigné officiellement pour participer à tout le processus d'élaboration de la stratégie. Une réunion de mise en cohérence avec les orientations du Gouvernement, s'est également tenue le 11 juin 2008 au Bureau de l'OMS, avec la participation de l'ensemble des directeurs et des chefs de programme du Ministère de la santé.

Les outils élaborés par le Siège et le Bureau régional de l'OMS ont servi de guide au processus et les différents échanges avec l'équipe technique du Bureau régional et de l'équipe interpays de l'Afrique de l'ouest ont permis la prise en compte des orientations de tous les niveaux de l'organisation pour la finalisation du document.

La présente stratégie envisage d'orienter les actions futures de l'OMS vers le développement du système de santé, la lutte contre la maladie, la santé de la reproduction et l'environnement.

SECTION 2

DÉFIS CONCERNANT LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DANS LE PAYS

2.1 PROFIL GÉOGRAPHIQUE, DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE

Le Sénégal est situé dans la partie la plus occidentale du continent africain, dans la zone soudano sahélienne, entre 12° et 16°30 de latitude nord et entre 11°30 et 17°30 de longitude ouest. D'une superficie de 196 722 km² Il est limité au Nord, par la république islamique de Mauritanie, à l'Est, par le Mali, au sud, par la république de Guinée et la Guinée Bissau et à l'Ouest par l'océan Atlantique sur 700 km de côtes.

Sur le plan administratif, le Sénégal est divisé depuis 2007, en 11 régions comportant chacune trois départements, à l'exception de Dakar qui en compte quatre (4), soit trente quatre (34) départements sur l'ensemble du territoire national. Ces départements sont subdivisés en 91 arrondissements. Depuis 1996, les collectivités locales sont davantage responsabilisées¹ dans la gouvernance sanitaire locale. Il existe trois ordres de collectivités que sont la région (11), la commune (64) et la communauté rurale (320).

La population du Sénégal est estimée en 2007, à 11 343 328 habitants² et l'espérance de vie à la naissance, est de 54 ans³. Elle est caractérisée par une population très jeune avec 55,6% ayant moins de 20 ans et près de 64% de moins de 25 ans. Les femmes représentent 52% de la population. Cette population est très inégalement répartie (cf. annexe 1). La région de Dakar, qui abrite 22,4% de la population totale, enregistre une densité de 4 251 habitants au km², contre une moyenne nationale de 53 habitants au km². Le taux d'accroissement moyen annuel de la population, estimé à 2,5%, reste important, avec un indice synthétique de fécondité estimé à 5,3 enfants par femme. La population urbaine est passée de 39% en 1988, à 41,5% de la population globale (DPS 2005).

En milieu rural, le taux d'analphabétisme est de 50,7% alors que la moyenne nationale est de 40,9% (RGPH3); En outre, l'analphabétisme y est beaucoup plus marqué chez les femmes (60%) que chez les hommes (40%)⁴.

Le taux brut de scolarisation au niveau élémentaire, est en constante progression passant de 69,4% à 82,5% entre 2001 et 2005, avec un taux d'achèvement de l'école primaire de 44,1%. La scolarisation des filles au niveau élémentaire, demeure encore plus faible que celle des garçons avec un taux de 77,3% contre 82,4% chez les garçons.

¹ Lois décentralisation 96-06

² Source, MEF, Direction de la Prévision et de la Statistique, Estimation de la population du Sénégal de 2005 à 2015, Janvier 2006.

³HDF UNDP 2007

⁴EDS IV, 2005

La croissance économique s'est maintenue entre 2003 et 2005, à une moyenne annuelle d'environ 5% alors que l'objectif visé est d'au moins 7% nécessaire pour améliorer significativement les conditions de vie des ménages et réduire la pauvreté de moitié, d'ici 2015.

Pour renforcer la lutte contre la pauvreté, le Sénégal a élaboré un deuxième document de stratégie de réduction de la pauvreté, 2006-2010.

Les contraintes énoncées ci-dessus, entravent l'amélioration de l'état de santé des populations.

2.2 SITUATION SANITAIRE

2.2.1 Organisation du système de santé

Le système de santé du Sénégal est organisé selon le scénario de développement sanitaire à trois niveaux proposé depuis 1985, par l'Organisation mondiale de la Santé. Il comprend le niveau opérationnel (district sanitaire), le niveau intermédiaire (région médicale) et le niveau politique et stratégique (Directions et Services nationaux).

Infrastructures sanitaires

Le Sénégal compte 65 districts sanitaires, 1014 postes de santé, 75 centres de santé dont 18 offrant des Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence complets (SONUC), et 22 hôpitaux (cf. répartition des structures et ratios par région, en annexe 2) dont 2 centres hospitaliers universitaires (CHU).

A cela s'ajoutent, des maternités rurales (476) et un important réseau de cases de santé (2270) qui permettent de rapprocher les services des populations et constituent une plaque tournante des interventions communautaires.

Le secteur privé joue aussi un rôle important dans le dispositif de santé. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif (secteur confessionnel et médecine d'entreprise). Ce secteur privé est constitué d'un hôpital, de 24 cliniques, de 414 cabinets médicaux et des services médicaux d'entreprise, 800 officines de pharmacies, une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales.

On note une bonne couverture passive, comme l'illustre la distribution des infrastructures par région (annexe 2). Toutefois, la question de la fonctionnalité de certaines structures se pose du fait principalement, du déficit en ressources humaines.

Ressources humaines

L'effectif du personnel technique, médical et para médical, est de 4254 agents, en 2007, et le personnel étatique représente 78% de l'effectif global (3329 agents).

La répartition du personnel par catégorie et par région (cf. tableau annexe 3), met en évidence une concentration du personnel dans la région de Dakar (43%).

Le personnel est constitué en majorité, d'infirmiers d'Etat et assimilés (39%) et de sages femmes d'Etat (20%). Cependant, cet effectif reste insuffisant, même si le déficit s'atténue progressivement avec la politique de décentralisation de la formation par la création des Centres régionaux de Formation (CRF), l'augmentation de la capacité de l'ENDSS, l'intervention de plus en plus soutenue des écoles privées de formation.

La couverture en médecins et autres personnels techniques reste également insuffisante (annexe 3). Cette situation est plus critique dans les régions périphériques. L'ouverture de facultés de médecine au niveau des régions, devrait contribuer à moyen terme, à résorber le déficit.

2.2.2 Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Sénégal est largement dominé par les maladies infectieuses et parasitaires. Le poids persistant des maladies transmissibles, et l'importance de plus en plus accrue des maladies non transmissibles, contribuent à une forte morbidité et mortalité.

La morbidité et la mortalité maternelle restent encore très importantes.

Maladies transmissibles :

Paludisme, VIH/Sida, Tuberculose

Le Sénégal accorde une priorité à la lutte contre le paludisme, le VIH et la tuberculose.

VIH/sida : une épidémie de type concentré

La prévalence du VIH estimée à 0,7% dans la population générale, est une des plus faibles en Afrique subsaharienne. Ce niveau de prévalence cache d'importantes disparités entre les régions, les populations et les sexes. Les régions du Sud sont les plus touchées avec 2% à Kolda et 2,2 % à Ziguinchor. Les groupes à haut risque que sont les travailleuses de sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes présentent respectivement des taux de 20 % et de 21,5%. L'épidémie qui se féminise de plus en plus, est marquée par un ratio d'infection femme/homme de 2,25 (enquête EDS IV).

L'Initiative Sénégalaise pour l'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV) après une phase pilote en 1998, est devenu un programme avec la mise en place de sites de traitement dans toutes les régions du Sénégal.

De 11 sites en 2002, la prise en charge s'effectue actuellement au niveau de 135 sites.

La décentralisation de la prise en charge des PVVIH se poursuit et est effective dans 90% des hôpitaux et 81% des Districts. Ceci a permis de passer de 5 500 malades mis sous traitement antirétroviral dont 228 enfants en 2006, à 7474 malades sous ARV en 2008, soit 56% de la population cible.

La mise en œuvre d'un plan de surveillance des résistances aux antirétroviraux a débuté en 2008, avec l'appui de l'OMS.

Les sites de Conseil dépistage VIH fonctionnels passent de 5 en 2002, à 281 en 2008 (74 nouveaux sites, en 2008). Plus de la moitié de ces sites (56%) sont situés dans des régions hors de Dakar.

La disponibilité du dépistage surtout au niveau des postes de santé, a permis à 149 689 personnes de connaître leur statut sérologique en 2008, pour un objectif de dépistage de 115 000 personnes. Ce nombre était de 97 704 en 2006.

La totalité des poches de sang prélevées sont testées pour la syphilis, le VIH, l'hépatite B (VHB) et l'hépatite C (VHC), dans le cadre de la sécurité transfusionnelle, en 2008.

Le nombre de sites PTME est passé de 3 en 2004, à 234 en 2008, et le nombre annuel de femmes enceintes conseillées et dépistées est passé de 22 598 (soit 6% des femmes enceintes CPN1) en 2006, à 111 210 (soit 28,5% des femmes enceintes CPN1), en 2008.

Le diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives a débuté en 2007, avec le nombre de sites qui passent de 13 sites en 2007, à 28 sites, en 2008. Le nombre de prélèvements est passé de 101 dont 11 positifs en 2007, à 322 prélèvements en 2008, dont 31 positifs.

La distribution de préservatifs a doublé entre 2004 et 2008 passant à 8107800 préservatifs masculins distribués.

Malgré l'efficacité reconnue des politiques mises en œuvre par le pays pour lutter contre la pandémie, le Sénégal reste confronté à certains défis notamment, la forte prévalence dans les régions du Sud, la faiblesse du dépistage volontaire, la stigmatisation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et des groupes considérés comme à haut risque, les résultats très insuffisants enregistrés dans le domaine de la PTME, le diagnostic précoce des enfants nés de mères séropositives, de la collaboration TB VIH et la féminisation de l'épidémie.

Paludisme : une prévalence en baisse

La morbidité proportionnelle palustre est globalement en baisse, passant de 35,57 % en 2001, à 32,39% en 2005, et 22, 7% en 2007.⁵ La mortalité proportionnelle est passée de 29,72% en 2001, à 23% en 2005, et 18, 12% en 2007. Quant à la létalité hospitalière, elle est passée de 6,20% en 2006, à 3,34% en 2007.

Le traitement des cas de paludisme simple fait appel depuis 2006, aux Combinaisons thérapeutiques à base de dérivés d'Artémisinine (CTA), disponibles dans toutes les structures de soins, de l'hôpital à la case de santé. En 2007, la confirmation systématique des cas suspects avec des tests de diagnostic rapide (TDR) est pratiquée au niveau de toute la pyramide sanitaire y compris, le niveau communautaire. L'introduction de cet outil a permis de révéler une morbidité proportionnelle réelle de 5,62%, une mortalité proportionnelle de 7,14% et une létalité de 3,04%. Les cas graves ainsi que les cas de paludisme chez la femme enceinte, sont pris en charge au niveau des structures hospitalières, avec de la quinine par voie parentérale. Pour améliorer l'accès au traitement des populations, la prise en Charge des cas à Domicile (PECADOM) est en cours d'introduction, avec des volontaires communautaires dispensateurs de CTA, après confirmation des cas par les TDR.

L'intensification des interventions surtout au niveau communautaire, a permis d'atteindre les taux de couverture suivants, en 2006 : 66,4% pour le TPI chez les femmes enceintes, 45,6% pour l'utilisation de la moustiquaire imprégnée chez les enfants de moins de cinq ans et 42,4% chez les femmes enceintes.

La lutte anti-vectorielle par la pulvérisation intra domiciliaire est aussi appliquée au niveau de 3 districts tests depuis 2007. Pour améliorer le dépistage et la prise en charge des cas, les tests de diagnostic rapide sont généralisés à l'ensemble des districts ; de plus, les ACT sont rendus disponibles et accessibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le Sénégal reste cependant, en deçà des objectifs d'Abuja.⁶

Tuberculose : tendance stationnaire et apparition de multi résistance

Le taux d'incidence de la tuberculose à microscopie positive au Sénégal, est estimé à 110/100000 habitants (WHO Report 2006, Global Tuberculosis Control). Le PNT a notifié, en 2005, 10120 cas de tuberculose toutes formes confondues, et 6722 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif (TPM+), soit un taux de détection de 53%. Ce taux de détection est passé de 51% en 2001, à 60% en 2008.

⁵ Rapport d'activités PNL 2005

⁶ Objectifs d'Abuja : Taux de couverture TPI, MII et accès au traitement de 60% en 2005, et 80% en 2010.

Grâce à l'extension de la DOTS le pourcentage des cas de TB perdus de vue, est passé de 30% en 1997, à 11%, en 2006.

Le taux de succès du Traitement standardisé est passé de 52% en 2000, à 77% en 2008. La durée du traitement a été réduite de 8 à 6 mois et la prise du traitement simplifiée par l'introduction des 4 FDC à la fin de l'année 2007.

Le suivi évaluation a été amélioré par un système de compte rendu trimestriel régulier, un audit de la qualité des données et une supervision des activités TB à tous les niveaux. Le programme est dans une dynamique d'obtention et de mise en place d'un logiciel de gestion de données à tous les niveaux.

Ces résultats bien que significatifs, demeurent encore à ce jour, insuffisants par rapport aux objectifs fixés par le plan stratégique.

Le taux de résistance primaire aux antituberculeux (MDR/TB) est passé de 1,4%, en 1999 (Etude PNT/UNION), à 1,9%, en 2006 (WHO report 2006). Le LNR a enregistré entre 2003 et 2004, 23 cas de MDR confirmés, et qui faute de produits disponibles, n'ont pu bénéficier du traitement de deuxième ligne. L'accroissement des cas multi résistants constitue donc un des principaux problèmes de la lutte contre la tuberculose. L'enquête sur la résistance des bacilles tuberculeux a montré une résistance primaire de 1,9% et secondaire de 13, 8% (Rapport OMS 2006 et PNT 2007).

Un essai clinique pour tester la réduction de la durée du traitement antituberculeux à 4 mois avec un nouveau régime thérapeutique utilisant la Gatifloxacine à la place de l'Ethambutol (2RHGZ/2RHG), est en cours avec l'appui de l'OMS.

Les défis du programme résident dans l'extension timide de l'application du TDO à tous les niveaux (structures, familles et communautés), l'insuffisance dans la mise en œuvre des activités conjointes TB/VIH et de la TB-MR, la faible implication de la médecine privée et d'entreprise dans la réponse TB, l'insuffisance dans la mobilisation des ressources communautaires, dans la réponse à la TB et le faible apport de la recherche opérationnelle dans le choix des stratégies d'intervention du PNT.

Maladies évitables par la vaccination, et les autres Maladies à potentiel épidémique

Les résultats de la surveillance épidémiologique des maladies cibles du Programme élargi de Vaccination (PEV) montrent que des progrès importants ont été réalisés :

- Dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite, l'interruption de la transmission du Poliovirus sauvage a été certifiée depuis 2004 ; le dernier cas confirmé de polio remonte à 1998 ;
- La rougeole est en voie d'élimination depuis 2004; De 20.000 cas par an environ, avec 1000 décès, le nombre de cas a considérablement baissé, avec 31 cas confirmés, en 2004 et moins de 10 cas confirmés par an, depuis 2005 ;
- Les progrès vers l'élimination du tétanos maternel et néo natal (TMN) semblent plus lents ; il existe encore en 2008, une dizaine de districts à haut risque de TMN où des campagnes de vaccination sont menées ;
- Avec l'adoption de nouveaux vaccins, le Sénégal a introduit dans le PEV, les vaccins contre l'hépatite B et les infections à *Hémophilus Influenzae B* (Hib) en 2004 et 2005. La surveillance sentinelle des méningites pédiatriques montre une baisse du nombre de cas de méningites à Hib chez les enfants de moins de 5 ans, passant de 59 cas en 2004, à 8 cas en 2007.

Les maladies à potentiel épidémique font partie des maladies ciblées par la surveillance épidémiologique intégrée. Elles constituent également une préoccupation et se présentent comme suit :

Choléra : une maladie en recrudescence

Le choléra connaît depuis 2004, une recrudescence avec une évolution endémique. En 2007, les notifications ont atteint le chiffre de 4391 cas avec 16 décès, soit un taux de létalité de 0,3%. La zone la plus touchée est Touba, site de pèlerinage avec un afflux massif de populations, qui constitue l'épicentre de la maladie avec 84% des cas.

Le problème est essentiellement lié au système d'assainissement, inadéquat ou inexistant, et d'approvisionnement en eau potable. La multiplicité des déterminants requiert une approche multisectorielle pour asseoir une stratégie de lutte durable pour éliminer le cholera.

Shigelloses

En 2007, il a été notifié une épidémie de diarrhées sanglantes, concentrée en grande partie dans les régions de Fatick, Diourbel et Louga, avec 1612 cas, n'ayant pas bénéficié d'investigation de laboratoire.

Le système de surveillance des maladies à potentiel épidémique, souffre de la faible capacité diagnostique des laboratoires périphériques pour la confirmation des diarrhées sanglantes.

Méningite Cérébrospinale

Depuis 1998, le Sénégal n'a pas connu d'épidémie de méningite. Néanmoins, pour l'année 2007, dans le cas de la surveillance, sur un total de 117 cas suspects notifiés, seuls 7 ont fait l'objet de ponction lombaire pour diagnostic de laboratoire (2 méningites à pneumo et 5 à méningo W135).

La surveillance de la méningite cérébrospinale connaît des insuffisances notoires en ce qui concerne le diagnostic de laboratoire pour la confirmation des cas suspects de méningite, au niveau des régions et districts.

Fièvre jaune

Le Sénégal est un pays à risque pour la fièvre jaune du fait notamment, des conditions écologiques et climatologiques favorables à la pullulation des moustiques vecteurs dont le principal est *Aedes aegypti*.

Des épidémies de fièvre jaune ont été périodiquement enregistrées dans la zone centre du pays (régions de Diourbel et de Kaolack). Celle de 2002 a été de type urbain, avec 66 cas notifiés dont 12 décès confirmés biologiquement.

Le Sénégal a organisé, avec l'appui de l'OMS, des campagnes de vaccination de masse de riposte et préventive dans 41 districts, entre 2002 et 2006, avec parallèlement, un renforcement du PEV de routine (en 2007 : 71% des districts ont une couverture vaccinale de routine d'au moins 80%).

Grâce à l'appui de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), les campagnes se sont poursuivies dans les 22 districts restants, en Décembre 2007, ce qui assure une couverture totale du pays dans les 5 dernières années.

Les cas confirmés de fièvre jaune sont ainsi devenus rares, depuis 2002 : 66 cas confirmés en 2002, 0 cas en 2003, 1 cas en 2004, 7 cas en 2005, 1 cas en 2006, et 0 cas en 2007.

Maladies tropicales négligées (MTN)

Le groupe des Maladies tropicales négligées comprend l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiasis, les géohelminthiases et le trachome ainsi que la lèpre et le ver de Guinée qui sont en voie d'élimination.

La lutte contre les affections du groupe des Maladies tropicales négligées (MTN) a été menée essentiellement, par une approche individuelle et non intégrée, ne permettant pas de toucher une grande partie de la population avec pour conséquence, un impact faible sur le poids de ces maladies en santé publique. Ces maladies touchent le plus souvent les populations pauvres vivant dans des conditions précaires d'hygiène et d'alimentation en eau. Au cours de leur évolution, elles sont à l'origine de lésions défigurantes et débilitantes.

L'onchocercose et la filariose lymphatique

L'onchocercose qui sévissait dans le sud est du Sénégal sur 18% du territoire national, n'est plus ni un problème de santé publique ni un obstacle au développement grâce aux actions qui ont été menées dans le cadre du programme sous régional de l'OMS OCP, de 1986 à 2002. Il persiste cependant, dans la zone d'onchocercose, des personnes porteuses du parasite qui, avec la présence permanente du vecteur dans les 2 bassins fluviaux, constituent une menace pour la reprise de la transmission de la maladie. Ainsi, les résultats de la dernière évaluation épidémiologique de 2007 ont permis de trouver 2 personnes âgées de plus de 15 ans porteuses du parasite parmi 4295 personnes examinées dans les 28 villages ciblés, soit un taux de prévalence de 0,05%.

Ces bons résultats ont permis la réalisation d'une recherche sur la faisabilité de l'élimination de l'onchocercose par le traitement par l'ivermectine depuis 2006, en collaboration avec TDR/OMS et le MDSC. Cette recherche sera poursuivie jusqu'en 2009, pour donner les procédures d'arrêt de traitement sans risque de reprise.

Les traitements conjoints onchocercose / filariose lymphatique avec l'ivermectine et l'albendazole vont aussi consolider ces bons résultats et permettre l'élimination des 2 endémies dans la zone d'onchocercose.

Concernant la filariose lymphatique, une enquête a été effectuée en 2003, avec l'appui technique et financier de l'OMS. Elle a permis d'identifier les zones d'endémie qui s'étendent sur 33 districts parmi les 65 que compte le Sénégal. Il reste cependant, 15 autres districts à explorer pour achever la cartographie de cette endémie pour laquelle le Sénégal s'engage à l'élimination selon les différentes résolutions de l'Assemblée mondiale et des Comités Régionaux de l'OMS.

Le grand défi sera l'élimination de ces maladies dans une approche intégrée offerte par la nouvelle approche de lutte contre les MTN au cours de la prochaine décennie.

Les schistosomiasis et les géohelminthiases

Une enquête nationale a été effectuée en 2003⁷ et a permis d'identifier que 10 Régions parmi les 11 sont endémiques avec la schistosomiase urinaire, alors que seulement deux sont endémiques par la schistosomiase intestinale (Réf. Rapport du PNLB). D'autre part, une enquête menée en milieu scolaire dans les Régions de Matam, Saint Louis et Tambacounda a permis de détecter des cas d'infection de schistosomiase intestinale dans une 3^{ème} Région (Tambacounda). Cette dernière enquête a permis de constater que les prévalences de la schistosomiase urinaire varient de 13% dans le Département de Matam, à 28,3% dans celui

⁷ Enquête nationale.

de Dagana (Réf. Les parasitoses en milieu scolaire : résultats d'enquêtes effectuées dans les Régions de Tambacounda, Matam et Saint Louis).

Une lutte intégrée contre ces maladies sera progressivement menée dans toutes les Régions d'endémie, étant donné la disponibilité des médicaments et un partenariat en développement dans ce domaine.

Depuis 2003, dans le cadre des Journées de Survie de l'Enfant et des Journées nationales de supplémentation en Micronutriments (JNM), des actions de lutte contre les géohelminthiases sont menées au profit des enfants de 1 à 5 ans, lors de distribution de masse de mébendazole à leur profit. Ces actions seront consolidées et progressivement étendues aux enfants d'âge scolaire sur l'ensemble du territoire national.

La cécité :

Avec une population aveugle estimée à plus de 150 000 individus et 450 000 malvoyants, la cécité est un problème de santé au Sénégal.

La cataracte et le glaucome, en plus du trachome, sont les principales causes de cécité ; mais les cécités de l'enfant et les vices de réfraction demeurent préoccupants, surtout en milieu scolaire où plus de 150 000 élèves auraient besoin de correction optique. Par ailleurs, les cécités liées aux maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle) tendent à augmenter.

Outre les facteurs environnementaux et comportementaux, le déterminant essentiel à cette forte prévalence de la cécité est la mauvaise prise en charge des affections oculaires provoquant la cécité, tant sur le plan curatif que préventif.

Longtemps suspendue à un niveau hospitalier, l'offre en soins oculaires, est caractérisée par des ressources humaines et des infrastructures insuffisantes, mal réparties et peu performantes.

La lutte contre la cécité engagée depuis les années 90, a enregistré des progrès qui restent malgré tout insuffisants. Ainsi, des documents de politique sont disponibles avec l'élaboration du « Plan national Vision 2020 ; 2006 - 2010 » et du « Plan stratégique de Lutte contre le trachome, 2006 - 2010 ».

La lèpre et le ver de Guinée

Le seuil d'élimination de la lèpre de 1 pour 10000, est atteint depuis une dizaine d'année (il est aujourd'hui à 1 pour 25 000). Il faut cependant noter chaque année, l'apparition de nouveaux cas et un probable éveil d'anciens foyers où la transmission se fait même chez les enfants. Il y a une tendance à l'urbanisation (banlieue de Dakar) de l'endémie; d'où le besoin de renforcer la détection et la prise en charge précoce.

Concernant le ver de Guinée, aucun cas n'a été enregistré depuis 1998. La certification de l'interruption de la transmission par l'OMS, a été faite depuis mars 2004. Il y a cependant, un réel besoin de renforcer la surveillance épidémiologique, surtout celle à base communautaire pour cette affection.

Ces deux maladies sont à des niveaux où des efforts doivent être soutenus non seulement, pour la consolidation des acquis mais aussi, pour l'élimination qui est à portée pour la lèpre et l'éradication qui est possible pour le ver de Guinée.

Maladies chroniques non transmissibles d'une importance accrue

Le ministère de la santé accorde une attention accrue aux maladies chroniques du fait de leur importance et de leur prise en charge très coûteuse.

Parmi ces maladies figurent le diabète, les cancers, l'insuffisance rénale et les maladies cardiovasculaires. Par ailleurs, la santé mentale et la santé buccodentaire, font également partie des priorités.

En l'absence d'enquête récente de prévalence, les statistiques hospitalières montrent une tendance alarmante à l'augmentation des maladies chroniques. Ainsi, concernant le diabète, au Centre Marc Sankalé, le nombre de nouveaux cas est passé de 200 par an, en 1980, à plus de 2000 par an, à partir de l'an 2000, et ceci, en l'absence d'une politique de dépistage systématique de la maladie. Quant au cancer, les rares données disponibles remontent à 1969-1974 et n'intéressaient que les populations de la région du Cap-Vert. Ces données font apparaître chez les hommes, une prédominance des cancers du foie suivis par les cancers cutanés, et chez la femme, les cancers du col utérin suivis des cancers du sein.

L'évaluation du niveau de prévalence et des facteurs de risque, attendue de la prochaine enquête STEPS, permettra de définir les orientations stratégiques et l'élaboration d'un programme intégré de prévention et de prise en charge.

Mortalité infanto-juvénile en baisse

Ces dernières années, une évolution favorable a été notée sur les indicateurs de morbidité et de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

La mortalité infantile a baissé de 70‰ à 61‰ et la mortalité infanto-juvénile de 135‰ à 121 ‰, entre 1997 et 2005 (EDS 3 et 4). Ceci peut s'expliquer par les importants résultats atteints dans le domaine de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, de la lutte contre le paludisme, de la prise en charge des affections respiratoires, du renforcement de la nutrition (principales causes de morbidité et de mortalité dans cette tranche d'âge) et de la PCIME aussi bien au niveau des structures de santé qu'au niveau communautaire.

Cependant, cette situation cache une préoccupante réalité : l'augmentation de la mortalité néo-natale. Le taux de cette dernière est passé de 31,4 pour mille en 1997, à 35‰ en 2005. D'autre part, les disparités sont importantes entre les régions du pays en relation avec l'insuffisance de la qualité des services, les difficultés d'accès aux services et l'insuffisance de ressources pour le passage à l'échelle des interventions efficaces en particulier, les Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence.

Mortalité maternelle élevée

Des progrès ont été notés dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle. Le ratio de mortalité maternelle a baissé de 21% passant de 510 en 1992, à 401 pour 100 000 naissances, en 2005. Le taux d'utilisation des services a atteint une moyenne de 93% en CPN1 et 62% en accouchement dans les structures de santé.

Malgré ces résultats, la mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement constitue la première cause de décès chez les femmes en âge de procréer. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes de 10,3% en 2005, reste en deçà des objectifs ciblés. Le taux de césariennes au niveau national, de 1,9% en 2004, reste très bas. Aussi l'indice synthétique de fécondité de 5,3 enfants, reste élevée avec une précocité de la procréation; les adolescentes de 15-19 ans contribuant pour 10%.

Bon nombre de mères et de nouveau-nés sont encore victimes de l'insuffisance de l'accès, de la disponibilité et de l'utilisation des services de qualité. Aussi aux dysfonctionnements des services s'ajoutent l'insuffisance du système de référence recours et des ressources humaines compétentes.

2.3 EAU HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT

En 2005, le taux de couverture en eau potable est de 75% au plan national, (65% en milieu rural et 90% en milieu urbain). En ce qui concerne l'assainissement les taux sont de 33% au niveau national, (17% en milieu rural et 57% en milieu urbain).

La persistance des taux élevés de morbidité et de mortalité dus aux maladies diarrhéiques, aux maladies respiratoires et aux maladies tropicales négligées ainsi que le nombre d'épidémies présumées liées à des intoxications chimiques (pesticides ; plomb), illustrent le non respect des règles d'hygiène de base compatibles avec une bonne santé, et indiquent l'urgence de résorber le déficit de couverture en assainissement et la nécessité d'accorder une importance accrue aux problèmes de santé liés à l'environnement.

2.4 FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Au Sénégal, depuis 2000, les ressources consacrées au secteur de la santé ont eu une croissance très forte d'année en année, passant de 48,69 Milliards à 102,65 milliards de francs CFA.⁸

Ces ressources proviennent principalement de quatre sources que sont l'Etat dont le tableau ci-dessous, reflète les efforts de financement consentis depuis 2000, les collectivités locales, les partenaires au développement et les ménages.

Evolution budget santé de 2000 à 2007, en millions de francs Cfa

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Libellé	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant
Santé, BFND	23 381	26 105	30 389	35 344	38 072	46 881	52 898	53 566
FDD- Santé	2 626	2 626	2 626	2 626	2 626	2 626	2 626	2 626
Fonds de la santé	0	0	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500
BCI ETAT	3 700	9 132	8 150	9 232	8 106	14 661	12 200	17 488
TOTAL	29 707	37 863	42 665	48 702	50 304	65 668	69 224	75 180

BFND : Budget de fonctionnement non décentralisé

FDD-Santé : Fonds de dotation transféré aux collectivités locales, pour la santé

BCI ETAT : Budget consolidé d'Investissement alloué par l'Etat

Le financement de l'Etat est surtout allé au personnel et au fonctionnement. Les financements provenant des partenaires sont consacrés au fonctionnement hors personnel et à l'investissement. Les Collectivités locales et les Populations se sont surtout investies dans les charges récurrentes des structures de santé. En ce qui concerne le médicament, les principales sources de financement de cette dépense ont été l'Etat (plus de 50%) et les populations (38%).

Les principaux programmes ont bénéficié pour leurs activités, d'importantes ressources financières s'élevant à 40 milliards de FCFA dont les 80% sont allés aux trois programmes majeurs : VIH/sida (30%) ; PEV (26%) et paludisme (24%).⁹

Au total, les dépenses publiques de santé ont connu une évolution favorable en termes

⁸ Rapport analytique Santé et Pauvreté au Sénégal, Banque mondiale (juin 2006).

⁹ Ministère de la Santé et de la Prévention, Cadre de dépenses sectoriel à moyen terme 2008-2010, Septembre 2007.

absolus et courants, sur la période 1997-2004, par rapport aux prévisions, à la stratégie et au plan du développement sanitaire.

Il reste toutefois, à poursuivre les efforts dans l'amélioration de l'efficacité allocative et de la qualité de la dépense pour arriver à de meilleures performances.

L'adoption du Cadre de dépenses sectoriel à moyen terme (CDSMT) depuis 2004, dans la suite des réformes des finances publiques, constitue une réponse à cette préoccupation.

En effet, le CDSMT vise à conformer l'allocation des ressources aux objectifs ciblés, confirmant ainsi l'option prise d'une gestion basée sur les résultats.

Pour le début de la stratégie de coopération, le CDSMT se présente comme suit :

Programmes	Budget 2008	Budget 2009	Budget 2010
Renforcement des capacités Institutionnelles	17 748 158 288	18 612 332 029	19 147 738 531
Infrastructures Equipement & Maintenance	68 696 361 089	72 041 248 508	74 113 603 162
Lutte contre la maladie	15 786 000 900	16 554 635 439	17 030 849 781
Pharmacie et médicaments	5 035 674 965	5 280 866 494	5 432 777 080
Prévention	20 242 866 085	21 228 509 386	21 839 173 431
Ressources humaines	32 465 775 734	34 046 563 466	35 025 954 519
Santé de la mère, du nouveau né l'enfant et de l'adolescent	3 969 290 840	4 162 559 170	4 282 300 277
Lutte contre le sida	5 565 987 000	5 836 999 898	6 004 908 341
Total	169 510 114 900	177 763 714 389	182 877 305 122

Il reste toutefois, à davantage aligner les allocations budgétaires sur les priorités du secteur que sont principalement les OMD 4, 5 et 6.

Les informations que révéleront les comptes nationaux de la santé doivent permettre une meilleure lecture des flux de financement dans le secteur, et faciliter les réorientations nécessaires.

2.5 POLITIQUE ET PROGRAMMES DE SANTÉ

Promotion de la multisectorialité :

Les insuffisances au niveau de la santé, de l'éducation et de la nutrition contribuent à exposer les populations aux maladies et à les rendre plus vulnérables à la pauvreté. En outre, le Poids du paludisme dans la croissance économique, en termes de perte de journées de travail, par conséquent, de productivité et de revenus, est important. Le Ministre de la Santé à travers le projet « SRPDE », a mis l'accent sur les déterminants de la santé, la gestion multisectorielle, et la nécessaire coordination des interventions en santé dans les différents ministères identifiés, par le rapport macro économie et santé.

En effet, le Sénégal bénéficie depuis 2005, dans le cadre de ce Projet, de l'appui financier du Luxembourg et de l'accompagnement technique de l'OMS, pour développer des actions allant dans le sens d'une opérationnalisation effective de la Multisectorialité.

Il s'agit dans une démarche de diagnostic de situation, d'évaluer l'état de santé d'une aire de responsabilité (districts de Kédougou et de Vélingara, en 2005) en mettant en évidence les problèmes de santé par ordre de priorité, et en face de ceux-ci, les facteurs déterminants et les opportunités à exploiter pour améliorer l'état constaté.

La Multisectorialité abordée, comme mentionnée ainsi, signifie plus d'opportunités pour le secteur de la santé, et par conséquent, un moyen transitoire à l'accès à de nouveaux financements publics directs.

Le partenariat avec les ministères à externalités sanitaires immédiates, permet de contenir les déterminants ou de maîtriser et d'agir sur l'intelligence de la maladie pour réduire la charge de morbidité et la charge subséquente de financement à supporter par le secteur, pour restaurer la santé le cas échéant.

La Multisectorialité signifiera aussi, si sa durabilité et son ancrage dans le secteur sont assurés, la consolidation de ce paradigme qu'a commencé à porter et à véhiculer la Commission des déterminants sociaux et que les pays en développement doivent soutenir parce qu'étant la voie des dépenses évitées et par conséquent, une autre voie pour rendre les ressources disponibles.

Les Mutuelles de santé :

Le secteur de la santé a engagé des réformes profondes pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé, et protéger les revenus des ménages en ce qui concerne la santé.

C'est dans cette perspective que l'extension de la protection sociale a été inscrite comme un axe prioritaire du deuxième document de stratégies de réduction de la pauvreté (DSRP II).

Ainsi, le Ministère chargé de la santé depuis 2007, en partenariat avec l'ensemble des ministères et des parties prenantes impliqués dans les différents systèmes d'assurance maladie, a-t-il identifié plusieurs approches pour étendre la couverture du risque maladie dont le renforcement des institutions de prévoyance maladie, l'appui aux différents chantiers en cours de mise en place de couverture maladie appuyés sur les professions (les ruraux et les routiers), et la promotion de l'assurance maladie volontaire basée sur les mutuelles de santé.

la contractualisation :

Le document sur la politique de la contractualisation dans le secteur de la santé, est disponible depuis 2004, avec la formulation d'une recommandation relative à la nécessité de l'élaboration de guides qui s'inscrivent dans une perspective pratique d'opérationnalisation de la contractualisation. C'est en 2007, après la validation du guide que des ateliers de formation sur la politique de contractualisation, ont démarré et se poursuivent. Aussi, le ministère de la santé est-il en train de faire l'état des lieux sur le partenariat public et le partenariat privé et les arrangements contractuels existants.

Réforme hospitalière :

Dans le souci d'améliorer la gestion des structures de référence de la pyramide de soins, une réforme hospitalière a été adoptée depuis 1998. Dix ans plus tard, des insuffisances importantes sont relevées. Elles affectent le fonctionnement des hôpitaux et justifient la décision prise par les autorités, d'en faire une évaluation pour envisager des mesures correctrices.

La Réforme hospitalière faisait partie des objectifs prioritaires du PNDS.I. Les mesures attendues de l'évaluation seront prises en charge dans le PNDS II qui en a fait un des axes d'intervention.

L'amélioration de la qualité des soins attendue devrait contribuer à l'atteinte des OMD/Santé.

Les options majeures :

prises notamment, par l'adoption de la Feuille de route, la Stratégie pour la Survie de l'Enfant, le PNLP, le PPAC/PEV, le Plan stratégique de lutte contre le sida, le Plan national de lutte contre la tuberculose, le Plan stratégique de lutte contre les maladies tropicales négligées,

le Document de Politique pharmaceutique, constituent une volonté de traduire en acte les engagements en faveur d'une réponse plus adéquate du secteur aux besoins de la population.(cf. liste des plans stratégiques en annexe 4).

Initiatives de subvention

Tenant compte du niveau de pauvreté de la population, des initiatives de subvention (gratuité) ont été mises en œuvre pour davantage protéger les groupes vulnérables et lutter contre l'exclusion.

Il s'agit de :

- La gratuité des Césariennes, en dehors de la région de Dakar ;
- La gratuité des Anti rétroviraux pour le traitement du sida ;
- La gratuité des accouchements normaux dans les 5 régions les plus pauvres (Tambacounda, Kolda, Ziguinchor, Matam et Fatick) ;
- La gratuité des soins pour les personnes du 3^{ème} âge (Plan SESAME) ;
- La gratuité du Sang ;
- La gratuité des évacuations sanitaires ;
- La subvention à 80%, des Moustiquaires (vendues à 1.000 FCFA au lieu de 5.000 FCFA) ;
- La modicité des coûts des médicaments contre le paludisme, vendu au 10^{ème} du prix (500 FCFA au lieu de 5000 FCFA) ;
- La gratuité des antituberculeux ;
- La gratuité de la vaccination des enfants de 0 à 11 mois contre neuf maladies infectieuses (tuberculose, poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, fièvre jaune, rougeole, hépatite B, infections à haemophilus).

Politique des Médicaments essentiels

Au cours de la période 2002 – 2007, la politique des Médicaments essentiels a connu de grands changements :

- Amélioration de l'approvisionnement en médicaments et produits essentiels grâce à l'autonomie de gestion accordée à la Pharmacie nationale d'Approvisionnement ;
- Démarrage de l'approvisionnement des génériques aux grossistes privés par la PNA ;
- Production de plusieurs outils normatifs ou de formation en gestion des stocks et de rationalisation de l'utilisation des médicaments ;
- Renforcement des capacités du personnel de santé en gestion pharmaceutique.

Toutefois, les différentes évaluations réalisées sur les performances du secteur pharmaceutiques ont montré les défis suivants :

- Faiblesse de l'Autorité nationale de Réglementation pharmaceutique (ANR) dans la mise en œuvre des fonctions réglementaires ;
- Timidité dans la complémentarité secteur public/secteur privé, dans la distribution des médicaments génériques ;
- Implication depuis 5 ans, d'un grand nombre de partenaires dans l'approvisionnement en médicaments essentiels qui est à l'origine entre autres, de dysfonctionnements du système d'approvisionnement par manque d'harmonisation et de coordination entre les partenaires et le Ministère de la Santé (MS) ;
- Absence de plan national d'approvisionnement.

2.6 DÉFIS

Défis Majeurs :

Au terme de l'analyse qui précède, une évolution favorable de la situation a été notée ces dernières années, comme en atteste ce qui précède, grâce aux efforts consentis par le secteur, notamment la mise en œuvre de la première stratégie de coopération, dans l'amélioration :

- i) Des capacités de gestion du système et des ressources, notamment humaines ;
- ii) Des réformes dans le secteur ;
- iii) De la réponse aux épidémies ;
- iv) De la lutte contre la morbi-mortalité infanto-juvénile et maternelle.

Le système de santé du Sénégal demeure confronté aux mêmes défis majeurs à relever, pour avancer davantage dans la marche vers l'atteinte des OMD, que sont :

- La résorption du déficit en ressources humaines ;
- Le maintien des acquis dans le cadre de la lutte contre les endémies dominantes (paludisme, VIH/sida, TB), et les maladies évitables par la vaccination ;
- Le renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et les MTN ;
- La lutte contre la mortalité infanto juvénile et maternelle ;
- L'atteinte de l'OMD5 qui passe par le défi d'assurer la disponibilité d'infrastructures avec un plateau technique adéquat, des ressources humaines compétentes et des services de qualité financièrement accessibles et de réussir le pari de la multisectorialité ;
- L'amélioration de la gestion et du financement du secteur (institutionnalisation des comptes nationaux de la santé) ;
- La question de l'équité et de la lutte contre l'exclusion (Maintien et administration des options de promotion de l'accessibilité pour les groupes vulnérables) ;
- Le renforcement des capacités de l'Autorité nationale de Réglementation pharmaceutique (ANR) dans la mise en œuvre des fonctions réglementaires ;
- La définition d'une Stratégie nationale coordonnée d'approvisionnement ;
- la maîtrise d'un certain nombre de déterminants de la santé d'ordre politique, juridique, économique, environnemental et socioculturel qui dépendent des autres secteurs, les collectivités locales, le secteur privé et les communautés qui seront ainsi davantage sensibilisés, associés et responsabilisés dans l'identification et la résolution des problèmes, par l'approche multisectorielle ;
- La mise en œuvre de la stratégie nationale de Promotion de la santé ;
- l'intégration des vaccins nouveaux ou sous utilisés dans le PEV, à travers un financement adéquat et pérenne ; l'élimination de la rougeole et du tétanos néonatal et maternel ;
- le renforcement de la composante laboratoire (ressources humaines et matérielles) au niveau opérationnel, pour une détection précoce et appropriée des maladies sous surveillance.

SECTION 3

COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

3.1 TENDANCE GLOBALE

L'aide publique au développement constitue un apport important à la réalisation des objectifs de développement du Sénégal, à travers la mise en œuvre du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Le DSRP 2006-2010 est actuellement le cadre général d'intervention pour l'ensemble des Partenaires au Développement. Il offre l'occasion de bâtir et d'entretenir un nouveau partenariat avec les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux qui sont, en particulier, interpellés pour coordonner leurs concours en termes de volumes mobilisés, de procédures et de suivi/évaluation.

La stratégie de réduction de la pauvreté (SRP) accorde une place de choix au secteur de la santé largement pris en compte dans le pilier renforcement des capacités et accès aux services sociaux de base. Cette priorité accordée à la santé découle des liens étroits entre santé, pauvreté et développement.

Le Cadre de Dépense sectoriel à moyen terme (CDSMT), instrument de mise en œuvre du DSRP dans le domaine de la santé, estime les besoins de financement pour la période 2008-2010, à 530 151 135 071 FCFA dont 24 811 957 813 à mobiliser par les Bailleurs, soit 5% de du montant global.

Le tableau ci-dessous, indique la répartition par source de financement et par année.

Source de Financement	Années			TOTAL	%
	2 008	2 009	2 010		
ETAT HORS FDD	126 183 261 611	135 876 460 000	143 312 320 000	405 372 041 611	76
ETAT FDD	4 141 378 549	4 141 378 549	4 141 378 549	12 424 135 647	2
COLLECTIVITES LOCALES	4 316 000 000	4 316 000 000	4 316 000 000	12 948 000 000	2
POPULATION	24 865 000 000	24 865 000 000	24 865 000 000	74 595 000 000	14
BAILLEURS	10 004 474 740	8 564 876 500	6 242 606 573	24 811 957 813	5
Total	169 510 114 900	177 763 715 049	182 877 305 122	530 151 135 071	100

Actuellement, deux modes de financement sont utilisés par les partenaires : l'appui budgétaire et l'approche par projet.

L'option de gouvernement est de privilégier l'appui budgétaire. En outre, il est souhaité que les bailleurs intègrent les fonds destinés à des projets, soit dans une approche de programme sectoriel, soit au sein de mécanismes de panier commun de ressources.

Concernant le volume de l'aide, aucune indication à ce jour, ne remet en cause la tendance jusqu'ici observée.

3.2 PRINCIPAUX PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT

Dans le secteur de la santé, on distingue 3 groupes de partenaires :

- les bilatéraux dont notamment, la France, les Etats Unis, le Japon, la Belgique, le Luxembourg, les multilatéraux dont notamment, le Système des Nations Unies (SNU) (OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD) y compris la Banque mondiale, l'Union Européenne et le Fonds mondial dont les montants des subventions entre 2003 et 2005, se répartissent sur le Round 1, pour le VIH : 11 714 285 US \$

Round 4, pour le paludisme : 28 778 260 US \$

- les autres dont GAVI, PMI et Booster Program.

A côté de l'Etat, ces différents partenaires apportent une contribution appréciable à la réalisation des sept (7) objectifs stratégiques du PNDS :

- Améliorer l'accès des pauvres à des services de santé de qualité ;
- Renforcer la prévention et développer la communication pour le changement des comportements ;
- Améliorer la disponibilité, la qualité et la performance des ressources humaines dans le domaine de la Santé ;
- Améliorer les capacités institutionnelles du secteur ;
- Promouvoir le partenariat ;
- Renforcer le suivi-évaluation de la performance ;
- Améliorer les mécanismes de financement de la santé.

3.3 ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Les ONG jouent un rôle important dans l'offre des services de santé, la mobilisation et l'encadrement des populations. Le partenariat avec les ONGs constitue une stratégie majeure dans la mise en œuvre du PNDS. Un guide de partenariat a été élaboré pour en définir les modalités. Elles interviennent essentiellement dans la mise en œuvre des programmes suivants :

- Survie de l'enfant et lutte contre la mortalité maternelle et néo natale ;
- IST/sida ;
- Lutte contre le paludisme ;
- Lutte contre la tuberculose ;
- Lutte contre les MTN (Onchocercose, cécité, schistosomiase, lèpre etc.).

Dans le cadre de la mise en œuvre des activités financées par le Fonds mondial, les ONG ont la possibilité de contractualiser avec les districts sanitaires et les Organisations communautaires de Base (OCB). Les ONGs participent également aux instances de planification, de suivi et d'évaluation du PNDS.

3.4 MÉCANISMES DE COORDINATION

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire, des mécanismes de coordination impliquant l'ensemble des partenaires ont été mis en place.

Il s'agit de :

- Revue annuelle conjointe (RAC) ;
- Mission conjointe de Supervision (MCS) ;
- Comité interne de Suivi (CIS) : tenue régulière des réunions trimestrielles dont deux sont élargies aux représentants des autres départements ministériels et aux Partenaires au développement.

A partir de 2008, les Plans annuels de Travail (PTA) sont élaborés par les districts, les services régionaux. Ces nouveaux cadres de planification au niveau du district, intègrent les plans d'opérations des collectivités locales et permettent aux partenaires d'harmoniser leurs interventions au niveau opérationnel.

La cartographie des interventions des partenaires indiquée en annexe, donne des indications sur les domaines et aires d'intervention des partenaires au développement du secteur de la santé.

Il existe d'autres mécanismes de coordination thématiques comme le CCM, CCIA, le partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant etc.

Les Partenaires au Développement du secteur de la santé ont choisi l'OMS comme chef de file depuis 2004, facilitant ainsi la communication avec le Ministère de la Santé. Toutefois, les différents Partenaires continuent d'entretenir des relations spécifiques bilatérales avec les Autorités du Ministère, selon les termes de leurs accords de Coopération respectifs.

Au niveau intermédiaire et périphérique, la coordination des partenaires se fait autour de l'autorité sanitaire déconcentrée. A ce propos, l'alignement sur les politiques qui s'illustre par le fait que les activités menées par les différents intervenants sont conformes aux priorités définies dans le PNDS, facilite la concertation et la synergie entre les acteurs et les services du ministère de la santé.

Les Organismes des Nations Unies ont également initié un système de coordination propre, à travers des documents tels que le CCA/UNDAF et le Groupe pour l'harmonisation de la santé en Afrique (Banque mondiale, BAD, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, OMS).

Il apparaît ainsi que le souci de coordination et d'efficacité des interventions est partout présent. Ceci est conforme à l'esprit du Plan d'Action pour l'Efficacité de l'Aide, récemment validé politiquement le 7 mai 2008, qui devrait garantir le respect des principes énoncés dans la Déclaration de Paris. Celle-ci comporte cinq principes majeurs : l'appropriation, l'alignement, l'harmonisation, la gestion axés sur les résultats et la responsabilité.

SECTION 4

CADRE DE LA POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS : LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES MONDIALES ET RÉGIONALES

L'expertise universelle avérée, dans la lutte contre la maladie, sa neutralité et son impartialité renforcent ses possibilités de collaborer avec les pays. Toutefois, pour maintenir et renforcer son leadership dans le secteur de la santé, l'OMS doit en permanence, adapter son rôle en tant qu'autorité chargée de diriger et de coordonner l'action sanitaire internationale.

4.1 BUT ET MISSION DE L'OMS

Depuis sa création, la mission de l'OMS a toujours été « d'amener tous les peuples à un niveau de santé le plus élevé possible ». Le programme général de travail (2006-2015), définit les domaines prioritaires qui constituent le socle du programme mondial d'action sanitaire. Les défis à relever sont nombreux, parmi lesquels il y a notamment, la réalisation à terme, des objectifs du millénaire pour le développement (OMD).

4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

Elles sont définies en se fondant sur le mandat et les avantages spécifiques de l'OMS. Elles sont au nombre de six :

- Jouer le rôle de chefs de file dans les domaines essentiels, pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;
- Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.

4.3 PRIORITÉS SANITAIRES MONDIALES

Un cadre mondial favorable à la mise en œuvre des approches multisectorielle et multidisciplinaire est nécessaire pour assurer la promotion de la santé. Ainsi, le programme mondial d'action sanitaire de l'OMS, met en évidence les domaines prioritaires d'intervention suivants :

- Investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
- Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé ;
- Influencer les déterminants de la santé ;
- Renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitables ;
- Exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

4.4 PRIORITÉS SANITAIRES DE L'OMS

Les priorités du Plan stratégique à moyen terme (2008-2013), s'articulent autour des axes suivants :

- Apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
- Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
- Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- Développer des moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé ;
- Renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

4.5 PRIORITÉS SANITAIRES DE LA RÉGION AFRICAINE

La Région africaine enregistre une très forte prévalence des maladies transmissibles, une menace de plus en plus croissante des maladies chroniques et une mortalité maternelle et infantiles encore élevées. Le VIH/sida a réduit l'espérance de vie dans la plupart des pays.

Les efforts entrepris dans la lutte contre la maladie, sont en permanence compromis par l'effondrement des systèmes de santé et la détérioration des conditions sociales, économiques et environnementales. Ainsi, les orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la région africaine, pour la période 2005-2009, sont axées sur les priorités suivantes :

- Renforcement des bureaux de l'OMS dans les pays ;
- Amélioration et élargissement des relations de partenariat pour la santé ;
- Fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé du district ;
- Promotion et intensification des interventions sanitaires prioritaires ;
- Intensification des activités de promotion de la santé.

Afin de renforcer la cohérence et l'impact de son assistance aux Etats membres, le Bureau régional a adopté pour la période 2008-2013, une nouvelle méthode de planification qui met l'accent sur des résultats clairs, mesurables et budgétisés. Ainsi, 13 objectifs stratégiques qui tiennent compte des multiples liens entre les déterminants de la santé, les résultats, les politiques, les systèmes et les technologies sanitaires, ont été retenus en lieu en place des traditionnels domaines d'intervention.

4.6 RENDRE L'OMS PLUS EFFICACE AU NIVEAU DES PAYS

Plusieurs initiatives ont été développées par l'OMS, en vue d'améliorer et de renforcer son appui dans les pays. Dans cette perspective, les fonctions spécifiques de l'Organisation au niveau des pays, ont été définies sur la base de son mandat.

Ces fonctions au niveau des pays sont les suivantes :

- Renforcement du rôle unique dans la lutte contre la maladie en aidant à la mise en œuvre des stratégies de prévention, de contrôle, d'élimination et d'éradication conformément aux normes établies ;
- Accélération de l'adoption de stratégies et d'innovations techniques, adaptation des directives selon les spécificités du pays, démarrage de la mise en œuvre à grande échelle ;
- Soutien des activités de recherche en santé, promotion du suivi et de l'évaluation des indicateurs sanitaires de performance, et appui à la diffusion des résultats des enquêtes ou études ;
- Appui à la construction d'une capacité institutionnelle durable, renforcement du rôle d'intermédiaire et d'arbitre entre divers acteurs de la santé, renforcement de la coordination des interventions pour la prévention ou la réponse aux situations d'urgence ;
- Fourniture de conseils en matière de politique sanitaire, appui au plaidoyer et à la promotion de la santé.

4.7 ADAPTER LA MISSION DE L'OMS AUX CHANGEMENTS MONDIAUX

L'exercice des fonctions ci-dessus énumérées, est en partie compromis dans la région africaine, par le contexte économique défavorable, le faible niveau d'éducation des populations et l'existence de plusieurs foyers de conflits.

Il s'y ajoute que l'impact négatif de nouveaux phénomènes comme le changement climatique sur la santé, constitue un nouveau défi pour l'OMS et exige de sa part la mobilisation de ressources additionnelles en vue de répondre aux attentes des pays.

D'autre part, la multiplicité des intervenants de plus en plus grandissante dans le secteur de la santé, constitue non seulement une opportunité pour la communauté internationale et pour les pays, mais aussi un défi pour l'OMS en termes de coordination et d'harmonisation des actions pour la réalisation des objectifs visés.

SECTION 5

COOPÉRATION PASSÉE ET ACTUELLE DE L'OMS

Introduction

L'accord de base entre l'OMS et le Sénégal a été signé en 1962. Depuis cette date, l'OMS apporte un Appui technique et financier au Sénégal, pour lui permettre d'élaborer et de mettre en œuvre sa Politique de Santé. L'OMS s'est particulièrement impliquée dans la détermination des grandes orientations de la politique actuelle de Santé, et a joué un rôle important dans l'élaboration du Plan national de Développement sanitaire 1998-2007. Elle participe actuellement à l'élaboration du 2ème plan décennal de développement sanitaire 2009-2018.

Pour améliorer la qualité de son appui au Sénégal, l'OMS a procédé au renforcement progressif du personnel de son Bureau à Dakar, notamment, par la mise en place d'une Equipe de pays multidisciplinaire. L'effectif total est ainsi passé d'une dizaine de membres en 1995, à 26 en 2008, dont 14 professionnels (2 internationaux) et 12 Services généraux, 5 femmes et 21 hommes ; parmi ce personnel, 12 bénéficient d'un Contrat continu et 14 d'un contrat à durée déterminée.

Evolution du Budget

Biennium				
2002-2003	2004-2005	2006-2007		Total
Budget régulier	2 450 000	2 325 000	2 526 000	7 301 000
Fonds volontaires	5 138 000	3 955 000	3 123 000	12 216 000
Total Planifié	7 588 000	6 280 000	5 649 000	19 517 000
Total mobilisé	4 406 000	4 522 000	—	N/A

Pour 2008-2009, ce budget est passé à 7 817 000 \$ dont 2 679 000\$ pour le budget régulier, et 5 138000 pour les fonds volontaires.

Plus de la moitié de ce budget (54%), est consacré aux objectifs liés à la lutte contre la maladie et à la santé de la reproduction :

- Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles, particulièrement, les Maladies tropicales négligées (2 199 000\$ soit 28 %) ;
- Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (1 179 000\$ soit 15%) ;
- Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris),

tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé (852 000\$ soit 11 %).

Ressources Humaines Bureaux et Equipements

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie de Coopération (SCP) 2002-2006, le Bureau a bénéficié en 2003, d'une allocation de 125 000\$US. Ces fonds ont servi d'une part, au renforcement des compétences du personnel de soutien dans l'informatique, et celles des membres de l'Equipe de Pays dans l'utilisation des logiciels de santé notamment, Epi Info et Health Mapper, et d'autre part, à améliorer et renforcer les équipements du Bureau. A cette occasion, certains équipements ont été renouvelés avec l'achat de 9 ordinateurs portables, 6 ordinateurs de table. Par ailleurs le Bureau a été renforcé avec un Scanner, un Vidéo projecteur, une Photocopieuse et des Logiciels.

Le Bureau de la représentation de l'OMS a été transféré du centre ville de Dakar aux Almadies à la fin du mois de février 2005, dans des locaux plus accessibles et fonctionnels. Le bâtiment de 3 étages est mis à la disposition de l'Organisation par le gouvernement du Sénégal. Le personnel dispose de 24 bureaux, 1 centre de documentation équipé d'accès à l'Internet pour les usagers, 3 salles de réunion, 1 magasin de fournitures de bureau, 1 espace d'archivage, et les commodités.

Depuis, l'environnement du travail s'est nettement amélioré. Par ailleurs, en 2006, un étage additionnel a été construit et financé par l'OMS.

Le bureau a installé sa propre antenne V-SAT, ce qui rend la connectivité stable et permanente. La connexion du bureau au système GPN a également amélioré sensiblement les relations avec les collègues du Bureau régional et du Siège. Par contre, il est nécessaire et urgent d'améliorer la sécurité pour être totalement conforme au MOSS.

Les membres de l'équipe de pays participent de manière régulière aux activités menées par le Bureau régional et le siège de l'OMS. Cette participation revêt plusieurs formes notamment, la participation/facilitation de séminaires et ateliers, des missions d'appui technique dans les pays de la région africaine et au siège.

Le bureau a également reçu des missions d'appui technique et financier provenant du siège et du bureau régional.

Il faut également noter que Dakar abrite plusieurs réunions internationales organisées par les autres niveaux de l'organisation avec une forte sollicitation de l'appui logistique et technique du Bureau OMS.

Des activités de mobilisation de ressources et de partenariat ont été particulièrement renforcées au cours de la période. C'est ainsi que d'importantes ressources financières ont pu être mobilisées avec la coopération luxembourgeoise (580 000 euros pour la période 2008-2011).

Des activités importantes ont également été menées en partenariat avec d'autres intervenants du secteur de la santé.

Ainsi, L'OMS a renouvelé le pré qualification du vaccin de la fièvre jaune produit par l'Institut Pasteur de Dakar, en 2008. Cette pré qualification fait suite à plusieurs missions d'évaluation et de suivi des capacités de l'IPAD à fabriquer des vaccins de qualité, pendant la période 2002-2007.

L'OMS continue sa participation aux différents mécanismes de coordination mis en place, dans le cadre de la réforme du système des Nations Unies et des partenaires du secteur santé dont elle assure le rôle de chef de file, depuis 2004.

A l'initiative des directeurs régionaux de l'UNICEF, l'UNFPA et l'OMS, la Banque mondiale, la Banque africaine de Développement et de l'ONUSIDA, un cadre de concertation a été mis en place pour l'harmonisation de la santé en Afrique.

Le bureau de l'OMS abrite également le secrétariat du CCM du fonds mondial.

Malgré ces progrès, des efforts sont nécessaires pour répondre de façon effective aux besoins requis dans le cadre de la mise en œuvre de la SCP et aux multiples sollicitations internes et externes, avec notamment, le recrutement d'au moins 2 chauffeurs, d'une standardiste et l'achat d'un minibus.

Domaines de travail et Objectifs stratégiques de l'OMS au Sénégal

Durant la période, le choix des Domaines de travail a tenu compte d'une part, des priorités nationales et d'autre part, des orientations stratégiques de la SCP 2002-2006 :

- i) Développement du système de santé ;
- ii) Lutte contre la maladie ;
- iii) Santé génésique ;
- iv) Environnement et Santé.

Ainsi, de 2002 à 2007, ces domaines étaient les suivants :

- Médicaments essentiels ;
- Pour Une Grossesse à Moindre Risque ;
- Santé Des Enfants et Des Adolescents ;
- Surveillance, Prévention et Prise en Charge des Maladies Non transmissibles ;
- Santé et Environnement ;
- Promotion de la Santé ;
- Préparation aux Situations d'Urgence et Organisation des Secours ;
- Ressources humaines pour la Santé ;
- Nutrition ;
- Vaccination et Développement des Vaccins ;
- Parité des Sexes en Matière de Santé ;
- Lutte Contre le Tabac ;
- Sécurité sanitaire des Aliments ;
- Information sanitaire, Bases factuelles et Politique de Recherche ;
- Présence essentielle de l'OMS dans Le Pays ;
- Politiques relatives au Systèmes de Santé et Prestations de Services ;
- Alerte et Action en Cas d'Epidémie ;
- Lutte Contre Le Paludisme ;
- Maladies transmissibles : Prévention et Lutte ;
- VIH/Sida ;

- Elaboration de Politiques pour La Santé et le Développement ;
- Tuberculose.

Les principales réalisations avec l'appui technique et financier de l'OMS durant la période couverte par la SCP 2002-2006, concernent :

Au plan du développement du système de santé :

L'appui pour le renforcement de capacités des enseignants dans les écoles régionales de formation du personnel de santé, l'appui à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une Politique de Contractualisation, l'appui à l'élaboration du Guide pour le monitoring du centre de santé, l'achat de 7 véhicules 4x4 (Vaccination, Paludisme). L'OMS a également appuyé le Ministère de la santé dans le cadre de la mobilisation des ressources financières du Fonds mondial, à travers le round 1 et le round 4 au profit du PNLP et de la lutte contre le sida.

Au plan de la lutte contre la maladie :

Un appui a été assuré dans la mise en œuvre de la Stratégie de Surveillance épidémiologique intégrée et de la Riposte qui a permis d'améliorer la surveillance notamment, des maladies à potentiel épidémique et la riposte aux épidémies. L'OMS a également appuyé l'organisation des campagnes de vaccination de masse contre la rougeole et contre la fièvre jaune, avec des taux de couverture de plus de 90%, la mise en œuvre de la Stratégie de la PCIME.

Concernant la lutte contre le paludisme, l'OMS a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies sur les interventions à base communautaire, l'évaluation du plan stratégique 2001-2005 et l'élaboration du plan stratégique 2006-2010. Il a également appuyé la mise en place de la base de données RBM en vue du monitoring et de l'évaluation des activités.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, l'OMS a permis le renforcement des capacités des équipes cadres de districts et du personnel paramédical dans le domaine de la PCIMA, de la promotion des activités au niveau des CDV, de l'amélioration de la gestion des données du VIH, au niveau des districts sanitaires avec la formation des gestionnaires de données sur le Health Mapper, du suivi évaluation avec l'appui du Ministère dans ses activités de supervision.

L'OMS a appuyé également, l'élaboration, la reprographie et la diffusion de documents normatifs dans le cadre de la PTME et de la prise en charge des PVVIH, mais aussi la revue programmatique et l'élaboration du plan stratégique 2007-2011, de lutte contre le sida.

La surveillance sentinelle du VIH a été aussi appuyée par l'OMS durant cette période.

Dans le cadre de la lutte contre les Maladies tropicales négligées (MTN), le Sénégal a été choisi comme pays pilote en Afrique, en même temps que 5 autres pays de la Région Afrique. Il a bénéficié du soutien technique et financier de l'OMS pour l'élaboration de son premier plan stratégique 2007 – 2011 de lutte intégrée contre les helminthiases et le trachome, en juillet 2006. L'exécution de ce plan a déjà démarré en 2007, avec des résultats encourageants.

Dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, le Sénégal a entrepris en collaboration avec le TDR/OMS, une étude de faisabilité de l'élimination de l'onchocercose par l'ivermectine, dans les bassins des fleuves Gambie et Falémé depuis 2006. Cette étude qui devra se poursuivre jusqu'en 2010, va probablement aboutir aux conclusions de cette faisabilité ainsi que les différentes modalités qui devront servir de référence en matière de lutte contre l'onchocercose dans les pays d'Afrique.

Au plan de la Santé Génésique :

L'OMS a appuyé l'élaboration d'un Plan stratégique pour la Promotion de la Santé des Adolescents

Au plan la prise en compte des problèmes sanitaires liés à l'Environnement :

Elaboration et mise en œuvre d'un programme de lutte contre les maladies diarrhéiques par l'assainissement de base et l'hygiène.

Bien que ces actions aient contribué aux progrès indiqués plus haut, dans l'amélioration de la situation sanitaire du pays, les nombreux défis identifiés indiquent la nécessité de continuer les efforts dans les domaines couverts par les axes stratégiques de la SCP 2002-2006.

La description du programme stratégique ci-dessous, indique pour chaque axe stratégique, une rapide justification du maintien des domaines d'appui ainsi que les orientations nouvelles.

Il faut également noter que l'approche de l'OMS a subi une évolution passant d'une planification par domaines de travail à une planification basée sur des objectifs stratégiques à partir de la période biennale 2008-2009. Ainsi les 13 objectifs identifiés, constituent la base de l'agenda stratégique 2008-2013.

Pour l'atteinte de ces objectifs, l'OMS fournit un appui technique et financier pour :

- Le renforcement des capacités ;
- L'appui à la coordination et la supervision ;
- L'appui matériel ;
- Le plaidoyer ;
- L'élaboration de politiques et de stratégies.

La mise en œuvre de ce premier biennium du plan stratégique 2009-2013, tiendra compte de la nécessité de nous appuyer sur les forces et de corriger les faiblesses du Bureau de l'OMS, au Sénégal.

Forces et faiblesses :

Les principales forces du Bureau de la Représentation de l'OMS au Sénégal, sont les suivantes :

- L'existence d'une Equipe de Pays avec une expertise reconnue ayant de bonnes relations tant avec les Responsables nationaux du Ministère de la Santé et de la Prévention qu'avec les autres partenaires du secteur santé ;
- La reconnaissance explicite de l'OMS par le Ministère de la Santé et les Partenaires extérieurs, comme Conseiller Technique privilégié et chef de file des partenaires du secteur de la Santé ;
- La flexibilité de l'OMS pour répondre aux situations sanitaires d'urgence;
- La capacité du bureau de pays à fournir un appui logistique et administratif pour l'organisation de Réunions sous régionales, régionales et internationales.

Cependant, le Bureau fait face à un certain nombre de problèmes et de contraintes parmi lesquels on relève :

- La documentation importante de l'OMS souvent disponible en anglais uniquement, ce qui en rend l'exploitation difficile ;

- Irrégularité des rencontres de concertation entre le bureau OMS et les chargés de programme du Ministère sur la planification, le suivi et l'évaluation des programmes ainsi que les procédures administratives et financières ;
- Indisponibilité des ressources budgétisées sur des fonds volontaires destinées à la mise en œuvre de nombreuses activités importantes.

SECTION 6

PROGRAMME STRATÉGIQUE POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS

Le programme stratégique de l'OMS 2009-2013, vise à apporter au Gouvernement du Sénégal, un appui pour lui permettre d'atteindre les objectifs nationaux de santé tout en tenant en compte des priorités régionales et mondiales de l'Organisation ainsi que les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

L'OMS orientera ses efforts essentiellement vers la définition des politiques et des stratégies, le renforcement de capacités, l'appui à la coordination et la supervision, et le plaidoyer.

Le programme s'articulera autour de 4 axes stratégiques : le développement du système de santé, la lutte contre la maladie, la santé de la reproduction et la santé et l'environnement.

6.1 DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Renforcement de la fonction « Administration générale » (stewardship) :

Malgré les efforts fournis au cours de ces dernières années, la performance du système de santé reste encore faible. On note au niveau du Sénégal, une bonne couverture passive, mais la question de la fonctionnalité de certaines structures se pose du fait principalement, du déficit en ressources humaines et dans la coordination. L'OMS apportera un appui au Ministère de la santé pour le renforcement du système de santé décentralisé, mettant l'accent sur les régions médicales et les districts. De même, un appui sera fourni pour la (re)définition des politiques de santé, la définition et la mise en place des cadres réglementaires, y compris normes et standards. La réforme hospitalière retiendra l'attention de l'OMS afin qu'une nouvelle dimension soit donnée à ce secteur.

L'évaluation des performances du système de santé ainsi que la planification seront des domaines essentiels bénéficiant de l'appui. Enfin, dans le cadre de la mise en œuvre des différents plans, la coordination, le suivi et l'évaluation seront pris en compte dans l'appui que l'OMS apportera au Ministère de la Santé et de la Prévention.

Ressources Humaines :

La disponibilité des ressources humaines en nombre et en qualité, ainsi que leur motivation demeurent encore une préoccupation majeure du Ministère de la Santé. A cet effet, l'OMS soutiendra le MSP pour la mise en œuvre de politiques de développement des RH et poursuivra son appui au renforcement des capacités techniques et pédagogiques des institutions de formation, notamment, le CESAG, l'ISED, l'ENDSS. Dans le même domaine, un appui sera apporté à la stratégie de développement des centres régionaux de formation (CRF) et l'élargissement aux autres institutions privées de formation. Le partage des données sur l'offre de formation au niveau international, va contribuer au renforcement des capacités en

ressources humaines. Enfin, un appui sera apporté pour faciliter les échanges aux niveaux régional et international et diffuser l'information scientifique.

Financement de la santé :

Le Financement de la santé reste encore un problème non résolu. Ainsi, l'OMS va soutenir l'approche mutualiste par l'appui à la création de nouvelles mutuelles, le renforcement des mutuelles de santé existantes, l'appui à la mise en place de partenariats effectifs entre les acteurs des mutuelles de santé et l'appui à la tutelle dans le suivi des activités du projet. L'OMS fera le plaidoyer pour l'augmentation de la part du budget de l'Etat allouée au ministère de la santé, l'implication des collectivités locales et du secteur privé dans le financement de la santé. De même, elle continuera à appuyer la mise en œuvre de la politique de décentralisation de la santé et la mise en œuvre de la politique de contractualisation par la poursuite de la formation des acteurs de la santé sur la politique de contractualisation, l'organisation des missions de suivi et d'évaluation des arrangements contractuels, l'organisation de rencontres sur le partenariat et la contractualisation et la mise en œuvre du plan de communication du Partenariat Public/Privé.

Un appui sera apporté au Ministère de la Santé, pour que les opportunités que représentent les Fonds tels que GAVI et le Fonds mondial soient saisis pour renforcer le système de santé. Elle fera un plaidoyer pour le renforcement de l'intervention UNDAF dans les régions cibles.

Pour renforcer les acquis, l'OMS va soutenir le MSP dans la planification à la base (plan d'opération santé collectivités locales) et dans la mise en conformité du processus budgétaire avec le CDSMT santé. De plus, un appui sera apporté à la Politique de Tarification prenant en compte la subvention de la gratuité et l'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé.

Prestations de services :

Des efforts ont été notés dans l'offre de service. Néanmoins, des améliorations restent à faire dans les domaines de l'accessibilité, de la disponibilité, de la qualité, de la continuité des services. L'OMS apportera son soutien au MSP pour la revitalisation des Soins de Santé primaires et l'intégration des programmes à tous les niveaux décentralisés (RM, district). De plus, un accent sera mis sur le renforcement des capacités opérationnelles du district. Elle œuvrera spécifiquement en vue de l'actualisation périodique du paquet minimum d'activités et la mise à l'échelle des bonnes pratiques et des expériences réussies.

L'approche contractuelle comme stratégie possible pour renforcer l'offre de services de qualité et l'assurance qualité seront développées.

Renforcement du SNIS :

Le SNIS demeure l'instrument d'intégration et de suivi des programmes et services. Il ne prend pas en compte toutes les informations pertinentes de tous les programmes de santé utiles au développement sanitaire. A ce titre, l'OMS apportera son appui pour renforcer les capacités de cet instrument. L'accent sera mis sur l'harmonisation des supports de collecte des données, le traitement des données, la diffusion des informations sanitaires et le développement des compétences.

Développement des médicaments essentiels et des vaccins :

Les évaluations réalisées sur les performances du secteur pharmaceutique ont permis de noter entre autre, l'insuffisance dans la mise en œuvre des fonctions réglementaires par l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique. Aussi, note-t-on le manque de coordination des différents intervenants dans l'approvisionnement des médicaments et produits essentiels, l'absence d'un plan national d'approvisionnement et l'insuffisance de la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé. L'OMS va soutenir le MSP pour : le renforcement des capacités de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique, la coordination et la planification de l'approvisionnement, le renforcement du Partenariat Secteur privé – Secteur public.

Renforcement de la recherche en santé et la valorisation des résultats :

La recherche constitue un point faible de la santé malgré l'engagement des partenaires à soutenir ce volet. L'OMS va apporter un soutien au MSP dans ses efforts de développement de la recherche en santé prenant en compte tous les aspects.

Renforcer le plaidoyer :

Des efforts importants ont été réalisés par l'OMS et les partenaires dans la formulation des politiques et stratégies de développement sanitaires. Malgré ces efforts, la mise en œuvre reste insuffisante. Pour cette raison, l'OMS va apporter un soutien continu au MSP par un plaidoyer renforcé pour une mise en œuvre effective des politiques définies. Un accent particulier sera mis sur la promotion de la multisectorialité et du partenariat avec le secteur privé et la Société civile.

6.2 LUTTE CONTRE LA MALADIE

Maladies transmissibles

6.2.1 Maladies transmissibles (Paludisme, Sida, TB) :

Malgré la tendance à la stabilisation, voire à la baisse de la prévalence, le fardeau sanitaire, social et économique dû aux Maladies transmissibles, reste encore préoccupant pour les autorités sanitaires.

L'OMS continuera à faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles en faveur de la lutte contre les maladies transmissibles. Elle accentuera son appui technique dans les domaines de la planification, de la mise en œuvre et du suivi évaluation à tous les niveaux, de la pyramide sanitaire. De plus, un appui sera apporté pour une meilleure coordination du partenariat en faveur de la lutte contre ces maladies.

Par ailleurs, l'OMS aidera à l'évaluation du système de surveillance épidémiologique et à son amélioration en vue de la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique intégré, axé sur le district. Elle contribuera également au renforcement des compétences du personnel de santé pour une bonne préparation et une riposte adéquate aux épidémies.

Un système de surveillance des résistances aux ARV sera mis en place avec l'appui de l'OMS.

Maladies à potentiel épidémique et les maladies évitables par la vaccination :

Les acquis importants obtenus grâce à la vaccination dans le cadre de la lutte contre les

maladies cibles du PEV et les maladies à potentiel épidémique, seront renforcés ; l'accent sera mis sur des interventions qui permettront de protéger davantage de personnes contre plus de maladies et prévenir les Epidémies grâce à une surveillance performante et des activités de vaccinations de qualité. Un soutien continuera à être apporté :

- Aux initiatives d'éradication, d'élimination et de contrôle des maladies évitables par la vaccination ; stratégie RED ;
- A l'intégration de nouveaux vaccins dans le PEV de routine (vaccins contre les infections à pneumocoque, contre les infections à rota virus, Vaccin Human papilloma Virus : HPV) ;
- l'élargissement de la cible vaccinale notamment pour les vaccins contre la rougeole (administration d'une deuxième dose aux enfants) et le vaccin contre le tétanos (administration de doses supplémentaires aux jeunes filles) ;
- Au renforcement de la qualité de la surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV et des maladies à potentiel épidémique pour une riposte appropriée ;
- Au renforcement des compétences des différents acteurs en vue d'une riposte adéquate face aux épidémies.

Maladies tropicales négligées :

Dans le cadre de la nouvelle approche de lutte contre ces MTN, la stratégie de traitement de masse par la chimiothérapie préventive, sera appliquée à la lutte contre l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomias, les géohelminthiases et le trachome. Pour ce qui concerne la lutte contre la lèpre ce sera la poursuite de l'application de la stratégie de polychimiothérapie (PCT). Quant à la lutte contre le ver de Guinée, dont l'élimination de la transmission a été certifiée en mars 2004, la surveillance épidémiologique sera la stratégie appliquée.

La lutte contre les MTN a été récemment inscrite dans l'agenda politique international avec l'élaboration du Plan mondial 2008-2013. Le Sénégal a très tôt perçu l'importance à accorder à cette lutte en élaborant, avec l'appui de l'OMS, son 1^{er} Plan stratégique de lutte contre les MTN 2007-2011. Les stratégies de lutte et de prévention dans un contexte multisectoriel visent essentiellement :

- L'application de la stratégie de chimiothérapie préventive de masse ;
- La prise en charge de la morbidité liée aux complications des MTN ;
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre les MTN bien contrôlées, en vue de leur élimination ou éradication selon les différentes résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et des Comités régionaux ;
- L'éducation et l'information pour la santé en sus des mesures de lutte.

Maladies non transmissibles

En l'absence d'enquête récente de prévalence, les statistiques hospitalières montrent une tendance alarmante à l'augmentation des maladies chroniques.

L'évaluation avec le soutien de l'OMS, du niveau de prévalence et des facteurs de risque, à travers l'enquête STEPS, planifiée pour l'année 2008, permettra de définir les orientations stratégiques et l'élaboration d'un programme intégré de prévention et de prise en charge des maladies chroniques.

Une attention soutenue sera accordée à la mise en place au niveau des hôpitaux nationaux

et de chaque hôpital régional, d'un registre des cancers en vue d'améliorer leur dépistage, leur prise en charge et leur prévention.

L'OMS assurera le plaidoyer auprès du Ministère de la Santé et des Partenaires, pour une meilleure prise en compte de la prévention de la cécité dans les politiques de santé au Sénégal, et fournira un appui pour l'évaluation de la situation épidémiologique de la cécité et de la morbidité oculaire.

6.3 SANTÉ DE LA REPRODUCTION

La réduction des risques liés à la grossesse et à l'accouchement et le devoir de garantir la santé aux femmes, aux nouveau-nés et aux enfants sont un souci majeur au Sénégal. Ainsi la Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la Stratégie nationale pour la Survie de l'enfant et la stratégie pour la santé des adolescents sont élaborées pour la période d'ici à 2015 et leur mise en œuvre est en cours.

L'OMS articulera ses actions au soutien à l'opérationnalisation de ces stratégies à tous les niveaux de la pyramide de santé, selon le principe du continuum de soins.

Il s'agira:

- De la planification, du suivi et de l'évaluation des activités ;
- Du passage à l'échelle du paquet d'interventions essentielles ;
- De l'assurance qualité à travers l'audit des décès maternels et néonataux et le TETU ;
- Du développement des compétences des personnels de santé y compris la formation initiale ;
- Du développement des interventions au niveau communautaire ;
- Du plaidoyer pour le renforcement du partenariat aussi bien dans le secteur de la santé qu'avec les autres secteurs ;
- De la Communication pour le changement de comportement.

Par ailleurs, l'OMS appuiera le développement de directives et de stratégies efficaces pour un meilleur accès à des services de santé de qualité, aux adolescents et aux femmes, prenant également en compte la promotion de la lutte contre les cancers génitaux, la promotion du genre et la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes et les violences.

6.4 ENVIRONNEMENT ET SANTÉ

6.4.1 Promotion des environnements sains :

Un appui sera apporté au Ministère de la Santé pour l'élaboration et la mise œuvre d'une politique nationale environnement et santé. De plus, l'OMS va renforcer le plaidoyer pour la prise en compte de l'aspect environnement et santé dans la mise en œuvre d'activités des autres secteurs. Elle continuera son appui pour l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions dans le domaine de la salubrité de l'environnement et de la sécurité sanitaire des aliments en mettant l'accent sur la promotion, l'hygiène et l'assainissement de base. L'OMS va également appuyer la promotion de l'hygiène en milieu scolaire, dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les MTN. La mise en œuvre du plan de gestion des déchets biomédicaux sera appuyée.

Gestion des risques et situations de catastrophe :

L'OMS soutiendra l'élaboration d'un guide pour la couverture sanitaire lors des grands rassemblements et appuiera l'évaluation de la mise en place et l'opérationnalisation du SAMU. De plus, un appui sera apporté à la cartographie des situations et zones à risque ainsi qu'au renforcement des compétences des acteurs et la coordination à tous les niveaux.

Promotion des styles de vie sains et réduction des comportements à risques :

L'OMS apportera un appui à la mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion de la santé, de même qu'à la mise en place de cadres de coordination des interventions. Un soutien sera fourni pour un meilleur partage de l'approche promotion de la santé avec les acteurs et les partenaires et son application dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de santé et au niveau des autres secteurs.

Dans le cadre des nouvelles approches visant la participation et la responsabilisation accrue des individus, des familles et des communautés en matière de santé, l'OMS soutiendra le MSPM dans la mise en œuvre de l'Initiative de médecins sans blouse et le plaidoyer pour la promotion de la sécurité routière.

L'Organisation appuiera également la redéfinition et la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le tabac et le contrôle d'autres facteurs de risque comme l'abus d'alcool, de substances psychotropes et les comportements sexuels à risque.

SECTION 7

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme stratégique, le bureau pays veillera à ce que les axes stratégiques soient pris en compte dans les plans biennaux de coopération avec le pays dont l'élaboration se fera en collaboration étroite avec les responsables du ministère de la santé. Cela permettra d'assurer un alignement des résultats attendus avec les objectifs déclinés dans le Plan national de Développement sanitaire (PNDS).

La planification par objectif stratégique actuellement en vigueur, devrait permettre une meilleure allocation des ressources en fonction des priorités nationales.

Un plan annuel de travail sera élaboré chaque année, par l'Equipe de pays, de concert avec les homologues du Ministère de la santé, pour assurer une mise en œuvre effective et rationnelle des activités retenues.

Le bureau de pays apportera un appui technique et financier pour la mise en œuvre des activités déclinées dans les Plans de travail. A ce titre, il dispose d'une Equipe en qualité et en nombre, lui permettant d'accompagner pleinement l'élaboration et la mise en œuvre des différentes stratégies qui ont été déclinées dans le plan de coopération. Cependant, le renforcement des moyens logistiques et de fonctionnement sera nécessaire.

Les outils mis en place tel que le système de gestion global (GSM), permettront de faciliter la communication au sein de l'organisation au cours de la mise en œuvre du programme de coopération.

Les équipes inter pays, du Bureau régional ou du Siège feront l'objet de sollicitation, si nécessaire.

Il sera en effet, important que l'appui technique disponible à ces différents niveaux, puisse être mis à la disposition du pays selon un plan concerté établi au début de chaque année.

Toutefois, la mise en œuvre effective dépendra grandement de la disponibilité des ressources financières requises ; et le Bureau régional et le siège devront à cet effet, jouer un rôle déterminant notamment, en fournissant les indications sur la disponibilité des ressources financières.

A ce titre, le bureau pays maintiendra un contact permanent avec les équipes du Bureau régional et les équipes inter pays pour un suivi permanent de la mobilisation des ressources provenant des fonds volontaires.

Pour l'atteinte des objectifs fixés, l'OMS en tant que chef de file actuel des partenaires santé, continuera à faire un plaidoyer pour la mobilisation et l'allocation de ressources financières vers les priorités nationales telles que déclinées dans le Plan national Développement sanitaire.

SECTION 8

SUIVI-ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération seront effectués comme ci-après :

ÉVALUATION INTERNE

Évaluation semestrielle et annuelle :

Le plan annuel de travail sera évalué après 6 mois de mise en œuvre (évaluation semestrielle), puis à la fin du 12^{ème} mois (évaluation annuelle).

Ces évaluations porteront sur l'atteinte des indicateurs de performance en fonction des objectifs définis et des résultats attendus, en termes de produits et de services. Il s'agira d'apprécier la contribution du Bureau de l'OMS à la réalisation des objectifs de santé que s'est fixé le pays.

Après chaque évaluation, les résultats attendus, les produits, services et activités pourraient être réajustés pour prendre en compte les contraintes identifiées à la mise en œuvre et d'évenSommaire tuelles nouvelles priorités de santé au niveau mondial, régional ou national.

Évaluation biennale :

Elle sera effectuée à la fin de la 2^{ème} année du biennium et portera sur le niveau d'atteinte des résultats attendus tels que indiqués dans le Plan de travail biennal signé par le Ministre de la santé et Le Directeur régional de l'OMS. Elle devrait aussi permettre d'apprécier la conformité avec les orientations de la stratégie de coopération.

Elle sera conduite dans le cadre du processus d'évaluation défini par l'OMS.

Évaluation budgétaire :

Elle sera annuelle et biennale ; elle analysera le budget des plans biennaux et annuels de travail à la fin de leur mise en œuvre.

Elle va porter sur le budget mobilisé sur Budget prévu et par objectif stratégique et par résultat attendu.

Le montant des fonds volontaires mobilisé par rapport au montant annoncé, sera apprécié en vue d'identifier d'éventuels gaps financiers à l'atteinte des résultats attendus préalablement déclinés dans les plans biennaux.

Des rencontres périodiques avec les autorités sanitaires seront organisées pour apprécier la mise en œuvre de la stratégie de coopération par l'évaluation des plans annuels de travail et des plans biennaux.

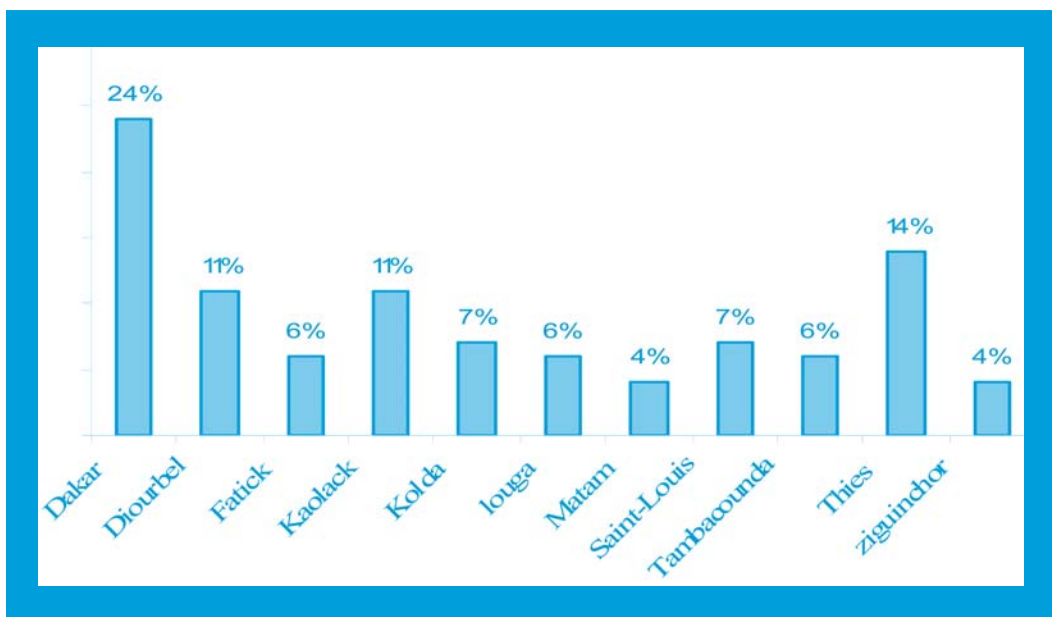
Évaluation externe :

Elle sera conduite à la fin de la dernière année couverte par la stratégie de coopération.

Elle devra permettre d'apprécier la cohérence et la pertinence des activités des différents plans biennaux avec les axes stratégiques indiqués dans la stratégie de coopération et leur contribution à la réalisation des objectifs prioritaires de santé du pays.

Cet exercice sera mené de préférence, par des experts « extérieurs » au bureau OMS provenant des autres niveaux de l'OMS ou d'autres organismes. Les résultats issus de cet exercice seront partagés avec le bureau de pays et le ministère de la santé, pour leur prise en compte dans l'élaboration des futures Stratégies de coopération.

ANNEXE 1 RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LA RÉGION ADMINISTRATIVE



ANNEXE 2 RÉPARTITION DES STRUCTURES SANITAIRES ET LEUR RATIO, SELON LA RÉGION, EN 2007

Region	Population	Districts Sanitaires	Postes De Sante Fonctionnels	Postes De Sante Total	Ratio Population par PS	Centres De Sante	Ratio Population par CS	Hopitaux	Ratio Population par hôpital
DAKAR	2 564 952	8	103	103	24 902	18	142 497	8	320 619
DIOURBEL	1 271 742	4	73	74	17 186	6	211 957	2	635 871
FATICK	675 486	6	91	95	7 110	6	112 581	1	675 486
KAOLACK	1 171 428	5	97	98	11 953	5	234 286	1	1 171 428
KOLDA	951 779	4	77	82	11 607	4	237 945	1	951 779
LOUGA	761 005	5	63	65	11 708	5	152 201	1	761 005
MATAM	514 469	3	63	64	8039	3	171 490	1	514 469
ST-LOUIS	812 412	5	115	115	7064	5	162 482	2	406 206
TAMBACOUNDA	708 820	9	82	84	8438	9	78 758	1	708 820
THIES	1 442 338	9	125	130	11 095	9	160 260	2	721 169
ZIGUINCHOR	468 897	5	97	104	4509	5	93 779	2	234 449
TOTAL	11 343 328	63	986	1014	11 187	75	151 244	22	515 606

Source : Extrait du Rapport provisoire de l'Annuaire statistique 2007- SNIS- MSP

NB : l'hôpital de Fatick est non fonctionnel.

ANNEXE 3 RÉPARTITION DU PERSONNEL MÉDICAL ET PARA MÉDICAL, PAR CATÉGORIE ET PAR RÉGION, EN 2007 (SOURCE : MS/DRH)

REGIONS	MEDECINS	INFIRMIERS	SAGE FEMME	TECHNICIEN SSUPERIEURS	PHARMACIENS	Total	Pourcentage
DAKAR	503	507	423	330	81	1844	43%
DIOURBEL	55	163	71	163	8	460	11%
FATICK	18	108	23	11	2	162	4%
KAOLACK	34	134	36	39	4	247	6%
KOLDA	13	103	33	25	2	176	4%
LOUGA	31	88	29	25	1	174	4%
MATAM	17	76	14	18	5	130	3%
ST LOUIS	43	115	44	42	4	248	6%
TAMBA	33	109	38	32	2	214	5%
THIES73	196	95	63	3	430	10%	
ZIGUINCHOR	29	62	52	23	3	169	4%
Total Sen	849	1661	858	771	115	4254	100%
Pourcentage	20%	39%	20%	18%	3%	100%	

ANNEXE 4 INTERVENTION DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ, PAR DOMAINE D'ACTIVITÉ (2007-2011)

PARTENAIRES AU DEVELOPPEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE													
DOMAINES D' INTERVENTION	OMS	FM	USAID	UNICEF	Coop. France	BM	BAD	Coop. Belge CTB	Coop. Luxembourg	LHL	FORESA	KFW	
1. IST/Sida	X	X	X	X	X	X	X					X	
2. Paludisme	X	X	X	X		X	X	X					
3. Tuberculose	X	X								X (mais pas au delà de 2009)	X (mais pas au delà de 2009)		
4. Onchocercose	X												
5. Bilharziose	X				X	X							
6. Cancérologie	X				X								
7. Santé de l'Enfant (PCIME, Nutrition/ Micronutriments)	X		X	X		X	X		X				
8. Santé de la Femme (Maternité à moindre risque, santé du nouveau né, MGF)	X		X	X			X		X				
9. Santé de la Reproduction chez les adolescents	X		X	X					X				
10. Planification familiale	X		X						X				
11. Initiatives locales en santé			X					X	X				
12. Vaccination	X		X	X									
13. Réforme Hospitalière	X				X				X				
14. Santé urbaine					X				X				
15. Financement de la santé (mutuelles,..)	X		X	X	X	X	X	X	X				
16. Recherche	X			X	X								
17. Marketing social	X		X	X					X				
18. Génie Civil et équipement				X	X		X	X	X				
19. Santé et décentralisation	X		X	X		X		X	X				
20. Promotion de la santé	X			X	X	X		X	X				
21. Tabac	X		#										
22. Santé et environnement	X				X	X							

23. Salubrité des aliments	X											
24. Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	X			X	X	X	X					
25. Médicaments essentiels	X			X	X	X	X		X			
26. Organisation des Services de Santé	X	X	X	X			X					
27. Assistance Technique	X	X		X			X					
28. Formation (bourses, stages etc.)	X		X									

ANNEXE 5 : ZONES D'INTERVENTION DES PARTENAIRES AU DÉVELOPPEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ (2007-2011)

ZONE D'INTERVENTION											
PARTENAIRES	Dakar	Thiès	Saint-Louis	Louga	Matam	Tambacounda	Ziguinchor	Kaolack	Kolda	Fatick	Diourbel
OMS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
UNICEF*					X	X			X		
USAID	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
BM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coop. France	X		X		X	X		X			X
Coop. Belge**								X		X	X
BAD					X	X		X		X	
Coop.			X	X	X						
Luxembourg											

Légende :

* L'UNICEF, intervient dans toutes les zones à risque dans le domaine de l'hygiène. Il couvre tout le pays pour les campagnes de vaccination de masse et la supervision

** La Coopération Belge couvre tout le pays en ce qui concerne l'appui à la lutte contre les IST/SIDA

X = Ces régions bénéficient de l'ensemble des domaines techniques

X = Ces régions bénéficient seulement de la composante PF et du programme de lutte contre le paludisme

X = Ces régions bénéficient de produits contraceptifs et du programme de lutte contre le paludisme

ANNEXE 6 : LISTE DES PLANS STRATÉGIQUES

1. Plan national de développement sanitaire (PNDS) - phase II : 2004-2008. Ministère de la santé et de la prévention médicale. Août 2004.
2. Feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Sénégal, Période : 2006 – 2015. Ministère de la santé et de la prévention médicale. Avril 2008.
3. Plan stratégique de lutte contre le Sida 2007-2011. Primature, Conseil national de Lutte contre le sida. Mars 2007.
4. Plan stratégique de lutte contre la tuberculose au Sénégal 2007-2011 (draft). Ministère de la santé et de la prévention médicale. Programme national De lutte contre la tuberculose. 2008.
5. Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Sénégal, 2006-2010. (draft). Ministère de la santé et de la prévention médicale. Programme national de Lutte contre le paludisme. Octobre 2006.
6. Plan pluriannuel complet du PEV et de la surveillance (2007-2011). Ministère de la santé et de la prévention médicale, Direction de la prévention médicale. Janvier 2007.
7. Politique nationale de santé communautaire. Ministère de la santé et de la prévention médicale, Direction de la santé, Division des soins de santé primaires, draft 2.
8. Plan stratégique pour la promotion de la médecine traditionnelle 2007 – 2010. Ministère de la santé et de la prévention médicale, Direction de la santé, Division de la médecine privée, de la médecine traditionnelle et de la médecine du travail. Septembre 2006.
9. Programme national de lutte contre la cécité, plan stratégique 2006 - 2010. Ministère de la santé et de la prévention médicale, Direction de la santé, Division des maladies transmissibles. Septembre 2006.
10. Plan d'action pluriannuel de lutte intégrée contre les helminthiases et le trachome au Sénégal 2007-2011. Ministère de la santé et de la prévention médicale Direction de la santé, Division des maladies transmissibles. juillet 2006.
11. Politique et programme pour la qualité des soins et services de santé au Sénégal, 2ème Draft, Avril 2006. Ministère de la santé et de la prévention médicale.
12. Plan d'Action triennal du Comite national d'éthique pour la Recherche en Santé (CNER) Ministère de la santé et de la prévention médicale. Direction de la santé, Conseil national de Recherche en Santé.

ANNEXE 7 : OBJECTIFS STRATÉGIQUES DE L'OMS 2008-2009

1. Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles particulièrement les Maladies tropicales négligées ;
2. Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ;
3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes ;
4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence y compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé ;
5. Réduire les effets sur la santé, des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques ;
6. Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psycho actives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque ;
7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme ;
8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement ;
9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie, et à l'appui de la santé publique et du développement durable ;
10. Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles ;
11. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation ;
12. Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe, dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail ;
13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.

RÉFÉRENCES

1. DSRP-II, Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2006-2010, République du Sénégal. Octobre 2006.
2. Bilan commun de pays, Draft, Version Finale, Gouvernement du Sénégal/ Equipe pays des Nations Unies au Sénégal. Septembre 2006.
3. CDSMT SANTE. Ministère de la santé et de la prévention médicale.
4. Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) Sénégal 2007-2011. draft version finale, Système Nations Unies au Sénégal. Septembre 2006.
5. Sénégal, Troisième Recensement général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2002, Rapport national de présentation, Ministère de l'économie et des finances, agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD). Décembre 2006.
6. DPS/2004 : 2ème Enquête sénégalaise Auprès des Ménages. Ministère de l'économie et des finances, agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD). Juillet 2004.
7. Plan national de développement sanitaire (PNDS) - phase II : 2004-2008. Ministère de la santé et de la prévention médicale. Août 2004.
8. Feuille de route multisectorielle, pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Sénégal, Période : 2006 – 2015. Ministère de la santé et de la prévention médicale. Avril 2008.
9. Plan stratégique de lutte contre le Sida 2007-2011. Primature, Conseil national de Lutte contre le Sida. Mars 2007.
10. Plan stratégique de lutte contre la Tuberculose au Sénégal 2007-2011 (draft). Ministère de la santé et de la prévention médicale. Programme national De lutte contre la Tuberculose. 2008.
11. Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Sénégal 2006-2010. (draft). Ministère de la santé et de la prévention médicale. Programme national de Lutte contre le Paludisme. Octobre 2006.
12. Plan pluriannuel complet du PEV et de la surveillance (2007-2011). Ministère de la santé et de la prévention médicale, Direction de la prévention médicale. Janvier 2007.
13. Politique nationale de santé communautaire. Ministère de la santé et de la prévention médicale Direction de la santé, Division des soins de santé primaires, draft 2.
14. Plan stratégique pour la promotion de la médecine traditionnelle 2007 – 2010. Ministère de la santé et de la prévention médicale Direction de la santé, Division de la médecine privée, de la médecine traditionnelle et de la médecine du travail. Septembre 2006.
15. Programme national de lutte contre la cécité, plan stratégique 2006 - 2010. Ministère de la santé et de la prévention médicale Direction de la santé, Division des maladies transmissibles. Septembre 2006.

16. Plan d'action pluriannuel de lutte intégrée contre les helminthiases et le trachome au Sénégal 2007-2011. Ministère de la santé et de la prévention médicale Direction de la santé, Division des maladies transmissibles. juillet 2006.
17. Politique et programme pour la qualité des soins et services de santé au Sénégal, 2ème Draft, Avril 2006. Ministère de la santé et de la prévention médicale.
18. Plan d'Action triennal du Comité national d'éthique pour la Recherche en Santé (CNERS) Ministère de la santé et de la prévention médicale. Direction de la santé, Conseil national de Recherche en Santé.
19. S'engager pour la santé, Onzième programme général de travail, 2006-2015, Programme mondial d'action sanitaire Mai 2006, Organisation mondiale de la Santé.
20. Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, juillet 2006, OMS.
21. Appui de l'OMS aux pays, pour étendre les interventions essentielles, en vue d'une couverture universelle en Afrique, Rapport de Maputo, 2006, OMS.
22. Stratégies OMS de coopération avec les pays : guide d'orientation, OMS, 2005.
23. Stratégie OMS de coopération avec les pays, République du Sénégal, 2002-2006.