

**STRATÉGIE OMS DE COOPÉRATION
AVEC LES PAYS**

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL

2002-2006

SOMMAIRE

Abréviations	v
Préface	vii
1. Introduction	1
2. Gouvernement et population	2
2.1 Situation démographique	2
2.2 Situation économique	2
2.3 Gouvernance et politique	3
2.4 Profil sanitaire	5
3. Aide au développement : Modalités et systèmes de coordination	16
3.1 Tendances globales	16
3.2 Principales agences de développement	16
3.3 Mécanismes de coordination	17
4. Programme de coopération de l'OMS avec le Sénégal	18
4.1 Introduction	18
4.2 Évolution du budget	18
4.3 Domaines d'intervention de l'OMS au Sénégal	19
4.4 Forces et faiblesses	20
5. Cadre de politique institutionnelle de l'OMS : Orientations stratégiques mondiales et régionales	21
5.1 But et mission de l'OMS	21
5.2 Nouvelles méthodes de travail	21
5.3 Orientations stratégiques	22
5.4 Fonctions essentielles	22
5.5 Priorités globales et régionales	23
5.6 Rendre l'OMS plus efficace au niveau des pays	23

Sommaire

6.	Programme stratégique de l’OMS au Sénégal pour les cinq prochaines années	25
6.1	Principes	25
6.2	Principaux axes stratégiques	25
7.	Implications pour le bureau de l’OMS dans le pays	31
7.1	Bureau régional de l’OMS dans les pays	31
7.2	Bureau régional	31
7.3	L’OMS en général	32
8.	Conclusion	33

ANNEXES

1.	Documents consultés	34
2.	Processus d’élaboration de la SCP au Sénégal	36
3.	Engagements financiers des principaux partenaires du Sénégal dans le cadre du PDIS au 30 avril 2000	38

ABRÉVIATIONS

BCG	Bacille Bilié de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
BID	Banque islamique de Développement
CCA/UNDAF	Évaluation commune du pays (système des Nations Unies)
CESAG	Centre africain d'Études supérieures en Gestion
DAGE	Direction de l'Administration générale et de l'Équipement (MSP)
DERF	Direction des Études, de la Recherche et de la Formation (MSP)
DOTS	Directly Observed Treatment Strategy (Stratégie de traitement sous observation directe de la tuberculose)
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
DTC3	Diphtérie - Coqueluche -Tétanos
ENDSS	École nationale de Développement sanitaire et social
ESAM	Enquête sénégalaise auprès des ménages
FAD	Fonds africain de Développement
FED	Fonds européen de développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
SERDHA	Services d'Études et de Recherche pour le Développement humain en Afrique
IDA	Association du Développement international
ISED	Institut de Santé et de Développement, Dakar
MEASURE	Macro International Inc
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MICS 2000	Enquête sur les objectifs de la fin de la décennie sur l'enfance
MSP	Ministère de la Santé et de la Prévention (Sénégal)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PDIS	Programme de développement intégré de la santé
PEV	Programme élargi de vaccination

Abréviations

PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Initiative pour les pays pauvres très endettés
SCP	Stratégie de l'OMS avec les pays
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

PRÉFACE

En l'an 2000, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avait approuvé une stratégie institutionnelle pour orienter l'activité du Secrétariat de l'OMS. Cette stratégie institutionnelle avait souligné le rôle essentiel des pays pour l'action de l'Organisation, d'où la nécessité urgente de traduire la stratégie mondiale en stratégies spécifiques, adaptées aux besoins de chaque pays. Ces mesures constituent le fondement de la stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP)

La stratégie de coopération de l'OMS avec un pays donné énonce les priorités stratégiques de l'Organisation pour son activité dans ce pays, priorités qui doivent guider une réponse intégrée des trois niveaux de l'Organisation : bureau de pays, Bureau régional et Siège. La SCP est l'expression claire de l'action de l'OMS en faveur des pays; le programme d'action stratégique qu'elle comprend orientera la coopération entre l'OMS et l'État Membre, pour le moyen terme. La SCP servira de référence pour les plans de travail de l'OMS et l'allocation des ressources de l'Organisation, que celles-ci proviennent des pays, de la Région ou du Siège, ou bien d'autres sources telles que les centres collaborateurs.

La stratégie de coopération de l'OMS a été élaborée grâce à un processus élargi de consultations auquel ont pris part tous les niveaux de l'Organisation, les Ministères de la Santé, les autres institutions gouvernementales, le secteur privé, les organisations de la société civile, les institutions de formation et de recherche, les partenaires au développement et autres intervenants essentiels dans le domaine de la santé. Le processus a nécessité de profondes réflexions et l'analyse des problèmes prioritaires de santé et de développement du pays et du rôle de l'OMS, tenant compte de ses avantages comparatifs.

Je prends note du processus exhaustif qui a conduit à l'élaboration de ce document et voudrais féliciter le Gouvernement et tous les intervenants du secteur de la santé pour les efforts qu'ils ont déployés ainsi que leur active participation à ce travail. Pour moi, il ne fait aucun doute que le processus de la SCP aidera les pays à concentrer leurs efforts sur des problèmes de santé prioritaires et à coordonner l'action des différents partenaires et intervenants.

Le défi que nous devons maintenant relever consiste à traduire cette stratégie en actions concrètes, en vue d'améliorer la performance de l'OMS au niveau des pays et d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires pour les populations qui en ont le plus besoin.

Dr Ebrahim Malick Samba
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique
Organisation mondiale de la Santé

1 INTRODUCTION

La Stratégie de coopération de l'OMS avec le Sénégal s'inscrit dans le cadre du renforcement de la cohérence et de l'efficacité de l'intervention de l'Organisation dans le pays pour la période 2002-2006. Elle devra constituer, d'une part, un cadre de référence pour toutes les interventions de l'OMS au Sénégal et, d'autre part, l'une des composantes du processus gestionnaire de l'Organisation, telles que le Budget Programme et le Plan de Travail. Elle tient compte des interventions des autres partenaires au développement sanitaire, vise à promouvoir une approche globale de la santé dans la perspective du développement durable et de la lutte contre la pauvreté, et à susciter des actions plus efficaces et mieux focalisées sur les priorités définies par l'OMS et le Gouvernement du Sénégal.

En 1996, le pays a élaboré son Plan national de développement sanitaire (PNDS 1998-2007) qui prend en compte tous les différents niveaux du système de santé et couvre l'ensemble des aspects du secteur. Le Programme de développement intégré de la santé (PDIS 1998-2002), première phase de mise en œuvre du PNDS, a fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours à laquelle ont participé tous les partenaires en mars 2001.

La présente SCP, dont l'élaboration coïncide donc opportunément avec la préparation de la deuxième phase du PNDS, contribue à la réalisation des objectifs que le Sénégal s'est fixés dans son PNDS. Elle s'articule autour de quatre domaines stratégiques, à savoir le développement du système de santé, la lutte contre la maladie, la santé de la reproduction et l'environnement.

Le processus d'élaboration, décrit en annexe a permis la participation des responsables du Ministère de la Santé et de ses partenaires qui ont été impliqués dans toutes les étapes d'élaboration.

2 GOUVERNEMENT ET POPULATION

2.1 Situation démographique

Situé en Afrique occidentale, le Sénégal s'étend sur 196 722 km² et comptait 9,2 millions d'habitants au 30 juin 2000. La population¹, musulmane à 95 %, se répartit en une dizaine de groupes ethniques dont les principaux sont : Wolofs (43 %), Poulars (24 %), Sérères (15 %). Le taux d'accroissement démographique naturel du Sénégal s'élève à 2,7 % l'an, ce qui se traduit en un doublement de la population tous les 24 ans. La structure démographique présente les caractéristiques d'une population jeune : les moins de 16 ans représentent 50 % de la population, alors que 5 % ont 60 ans ou plus. Les femmes représentent 52 % de la population sénégalaise. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 53 ans en 2000.

La dégradation des conditions de vie dans les zones rurales a favorisé d'importants flux migratoires vers les grandes villes, entraînant une grande disparité dans les niveaux d'urbanisation. Le taux d'urbanisation moyen s'élève à 41 %, variant de 97 % dans la région de Dakar à 10 % dans la Région de Fatick.

2.2 Situation économique

Le Sénégal est classé parmi les pays pauvres avec un revenu par tête d'habitant estimé à US \$500. Le faible taux de croissance économique depuis l'indépendance (approximativement 2,7 % par an) en 1960 n'a guère permis l'amélioration des revenus réels et de l'emploi. Dès les années 70, le Sénégal s'est engagé dans des programmes de stabilisation macro-économique. Des programmes d'ajustement structurel ont été également adoptés dans les années 80. À l'instar des autres pays de la Région, l'ajustement a eu un impact négatif sur les secteurs sociaux (santé, éducation) et son effet sur l'économie sénégalaise a été limité. Suite à la dévaluation du franc CFA intervenue en 1994, le Sénégal a connu six années de croissance positive, d'environ 5 % par an. Au cours des deux dernières années, le pays a pu dégager un excédent budgétaire de base de 1,2 % du PIB. Les recettes pour l'année fiscale 1999 ont atteint 559,6 milliards de FCFA (US \$750 millions). Le taux d'inflation a été maintenu à 3 % et le déficit de la balance des paiements, hormis les dons est de 8,4 % du PIB. Le taux de croissance est passé de 5,1 % en 1999 à 5,6 % en l'an 2000.

¹ Rapport de l'enquête sur les objectifs de la décennie sur l'enfance (MICS-II-2000), décembre 2000, UNICEF et Gouvernement du Sénégal.

Cependant, cette croissance économique n'a pas encore eu l'impact souhaité sur le bien-être des populations. Elle n'a pas permis de réduire le chômage urbain, d'améliorer les conditions de vie des ménages. Au contraire, la situation sociale devient de plus en plus difficile et la pauvreté touche de plus en plus des couches de la population jusqu'alors épargnées.

La faiblesse de l'investissement, l'atonie de l'agriculture et de l'industrie expliquent le contenu modeste en emplois de la croissance économique et son impact peu important sur l'amélioration des conditions de vie des populations les plus pauvres.

Selon l'enquête sur les ménages (ESAM, mars 1994-1995), la proportion des pauvres est passée de 33 % en 1991, à 65 % en 1995. Cette dégradation des conditions de vie semble se poursuivre, car on note que le niveau de pauvreté dite extrême est passé de 6,6 % en 1992 à 12,6 % en 2000.

La pauvreté est très inégalement répartie selon le milieu de résidence. En 1994, la zone rurale (où vivent près de 60 % de la population) regroupait 80 % des pauvres, Dakar et les autres villes contribuant respectivement pour 7,5 % et 12,4 %.

La pauvreté est une préoccupation majeure du Gouvernement. C'est ainsi qu'un plan de lutte contre la pauvreté en cours d'exécution a été formulé en 1997. Ayant souscrit aux objectifs internationaux de développement, le Sénégal a décidé d'élaborer un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Ce document, dont le volet santé a été préparé par le Ministère de Santé, constituera le cadre de référence du Gouvernement pour la formulation des politiques de développement.

2.3 Gouvernance et politique

Administrativement, le pays est subdivisé en 11 régions, 30 départements, 60 communes, 48 communes d'arrondissement, 92 arrondissements et 320 communautés rurales. La onzième région (Matam) vient d'être érigée en 2002.

Dès 1968, un Bureau Organisation et Méthodes (BOM), remplacé depuis 1992 par la Délégation au Management Public (DMP), a été mis en place au niveau de la Présidence de la République pour entreprendre les études de réorganisation des administrations publiques et des établissements publics.

Sur le plan politique, la réforme constitutionnelle de 1970, en instituant le poste de Premier Ministre, a permis de revoir l'organisation de l'administration caractérisée par un régime présidentiel fort.

Le multipartisme intégral a été institué en 1981. Présentement, plus de soixante (60) partis politiques sont reconnus.

Le paysage politique sénégalais a été marqué en mars 2000 par les élections présidentielles qui se sont soldées par une alternance. Ce verdict des urnes accepté par les deux candidats, traduit une avancée dans le processus démocratique au Sénégal

Les réformes institutionnelles entreprises depuis mars 2000 permettent d'espérer le renforcement de la bonne gouvernance qui est un souci permanent des autorités. La nouvelle Constitution prévoit la réduction du mandat présidentiel de 7 à 5 ans, renouvelable une seule fois, le renforcement du rôle et des pouvoirs de l'Assemblée nationale et du Premier Ministre, et reconnaît l'opposition politique comme un élément important de la démocratie.

La réforme institutionnelle portant sur le renforcement de la politique de décentralisation est mise en oeuvre depuis 1997. Elle s'est traduite par un transfert aux collectivités locales (régions, communes et communautés rurales) des responsabilités relevant de neuf domaines de compétence dont la santé.

Au regard de l'expérience tirée de la mise en oeuvre de cette réforme, il apparaît que la décentralisation, bien que comportant des acquis, notamment aux niveaux politique, juridique et socio-économique, recèle cependant de nombreuses faiblesses :

- la faible participation des populations à la gestion des affaires régionales et locales à travers les organisations communautaires de base;
- l'analphabétisme quasi-général des conseillers ruraux;
- la modicité des budgets des collectivités locales par rapport aux besoins d'équipements collectifs et les rigidités de la fiscalité locale qui maintiennent les collectivités décentralisées dans une forte dépendance vis-à-vis de l'État;
- la réticence de plusieurs ministères à laisser les collectivités locales jouer pleinement leur rôle en matière de planification, de gestion et de suivi des activités dont les compétences sont transférées.

2.4 Profil sanitaire

Situation épidémiologique

La santé de la population du Sénégal demeure précaire malgré les progrès réalisés. Le rapport 2000 de l'OMS sur la santé dans le monde classe le Sénégal à la 151^{ème} place sur un total de 191 pays pour ce qui est du niveau de santé de sa population.

L'espérance de vie à la naissance estimée en 1988 à 47 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes, a connu une légère augmentation, avec respectivement 51 ans et 53 ans en 1998. La mortalité infantile a baissé de 86 pour mille en 1992 à 64 pour mille en 1999. Malgré ces baisses constatées, les taux de morbidité et de mortalité sont toujours élevés. Les causes en sont dominées par les maladies infectieuses et parasitaires endémiques et émergentes liées à l'environnement ainsi qu'à l'état de pauvreté de la population. Les maladies non transmissibles constituent également un problème de plus en plus important.

Au cours des dix dernières années, on a assisté au Sénégal à une tendance à la hausse de la mortalité juvénile; elle est passée de 77 pour mille en 1997 à 84 pour mille en 1999, malgré la réduction de la mortalité infantile comme indiquée plus haut. Cette hausse est plus marquée en milieu rural avec un taux de 171 pour mille. Les principales causes en sont la diarrhée (21 %), les maladies respiratoires (23 %), le paludisme (9 %). La malnutrition (20 % dont 1,2 % de formes graves) et le faible couverture vaccinale y ont également fortement contribué (seuls 42 % des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu tous les vaccins en 2000 et 31 % avant leur premier anniversaire).

La mortalité maternelle est très élevée. Elle est estimée à 510 pour 100 000 naissances vivantes au niveau national (450 en zone urbaine et 950 en zone rurale, atteignant plus de 1000 dans les régions les plus démunies comme Kolda). Les causes directes sont les hémorragies (41 %), les infections (20 %), les états hypertensifs et l'éclampsie (7 %). Les causes indirectes sont surtout le fait de l'état de santé précaire des femmes dû à la pauvreté, à la faiblesse du suivi pré- et post-natal et des conditions d'accouchement; 14 % des femmes enceintes n'ont recours à aucun suivi, 51 % des femmes accouchent à domicile. Seuls 6 districts sur 50 réunissent les conditions pour offrir des services obstétricaux et néonataux d'urgence. Cette situation est aggravée par les violences domestiques et sexuelles dont les femmes font l'objet et la persistance de comportements à risques, une procréation précoce (7 % des femmes ont leur premier enfant avant l'âge de 15 ans), un faible recours à la contraception (prévalence de 9 %), et la pratique de l'excision.

Maladies transmissibles

VIH/SIDA : Le Sénégal a enregistré officiellement son premier cas de SIDA en 1986. Les deux types de virus VIH1 et VIH2 sont présents. La principale voie de transmission de l'épidémie est hétérosexuelle. Les résultats de la surveillance révèlent un taux de prévalence moyenne nationale faible et stable de 1,4 %. Cependant, la migration et la prostitution constituent des facteurs de risque permanents; ainsi des taux de prévalence de 15 % à 30 % sont enregistrés dans le groupe des prostitués.

Paludisme : Le paludisme sévit à l'état endémo-épidémique au Sénégal. Chaque année environ 600 000 cas de paludisme présumés sont enregistrés dans les structures de santé avec 5000 décès; ils représentent 35 % des motifs de consultation. Le paludisme constitue l'une des principales causes de mortalité infantile. Le taux des échecs thérapeutiques à la chloroquine varie en fonction des régions, de 6 % à Fatick à 17% dans les régions de Dakar, Kaolack et Saint-Louis.

Tuberculose : En 2000, 8934 cas de tuberculose toutes formes confondues, ont été notifiés, dont 5823 nouveaux cas contagieux. Ainsi, le taux de détection des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif est de 60,6 pour 100 000. L'épidémie de VIH/ SIDA, la pression démographique et la paupérisation croissante de la population constituent des facteurs d'expansion de la maladie. La prévalence du VIH dans les groupes de malades tuberculeux varie entre 1,7 % à 17,2 % selon les régions. La revue du programme en 2001 a montré un faible taux de guérisons à 62 % et un taux élevé d'abandon à 29 %. Elle a également révélé que la stratégie DOTS n'est pas appliquée de façon systématique et effective dans l'ensemble du pays.

Schistosomiase : Les différentes enquêtes nationales réalisées sur les schistosomiasés montrent que la bilharziose urinaire existe partout au Sénégal avec des zones de fortes prévalences telles que les régions du Nord (83 % dans le district de Dagana) et du Sud (76 % dans le district de Goudiry). Quant à la bilharziose intestinale, elle sévissait dans le pays sous forme de rares foyers isolés et disséminés. Elle a connu une véritable explosion avec l'avènement des barrages à partir de 1998. Elle évolue actuellement sous forme épidémique dans le delta du fleuve Sénégal où, selon les résultats de l'enquête du projet Espoir en 1998, la prévalence varie de 44 % à 81 %.

Onchocercose : L'onchocercose est en nette régression dans les quatre districts où elle sévit. Les enquêtes montrent que le risque de cécité dû à la maladie est désormais nul. Cependant, la maladie n'est pas encore éradiquée et une résurgence est toujours possible si les efforts actuels ne sont pas poursuivis.

Maladies non transmissibles

Des informations parcellaires indiquent que les maladies non transmissibles, notamment le diabète, le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les maladies mentales touchent une frange importante de la population. Les changements de styles de vie, ainsi que l'augmentation de la population âgée contribuent de façon significative à ce phénomène. Cependant, l'ampleur réelle de ces problèmes de santé est encore mal connue et les politiques et stratégies en cours n'y accordent pas suffisamment d'attention.

Approvisionnement en eau et assainissement

En 2000, 72,7 % de la population disposait d'une eau potable dont 67,9 % dans le monde rural et 83,7 % dans les zones urbaines.

D'importants efforts restent à faire dans ce secteur pour la réalisation de l'objectif de 35 litres d'eau par habitant et par jour; le taux actuel est de 28 litres par habitant et par jour. En ville, les pauvres paient plus cher l'eau potable que les riches car l'approvisionnement à partir des bornes fontaines coûte trois à quatre fois plus cher que le branchement à domicile. En milieu rural, les ménages pauvres qui n'ont pas accès à l'eau potable s'approvisionnent essentiellement à partir de sources d'eau non protégées. Ils s'exposent ainsi aux maladies hydriques qui sont une des causes principales de la mortalité infantile.

En ce qui concerne l'assainissement, 55,8 % des ménages sont dotés de dispositifs adéquats d'évacuation des excréta. Cette couverture est plus faible en milieu rural où ce pourcentage n'est que de 12,5 % alors qu'elle est de 76,4 % en milieu urbain. Il n'existe pas de système satisfaisant de gestion des ordures ménagères et des déchets hospitaliers. Les décharges sauvages existent dans la plupart des agglomérations du pays.

Système de santé : organisation, financement et ressources

Organisation

Le système de santé du Sénégal est mixte et repose sur une offre de soins publique et privée. Ce système est classé 59^{ème} en ce qui concerne le niveau de performance globale (4^{ème} de la Région africaine de l'OMS).

Le système public de soins fournit l'essentiel des soins ambulatoires et hospitaliers. Il repose sur une organisation pyramidale classique à trois niveaux :

- le niveau opérationnel comprend 50 districts sanitaires englobant 55 centres de santé et constituant la référence pour 768 postes de santé qui polarisent 551 maternités rurales et 1384 cases de santé qui sont des structures communautaires. Il faut noter que les centres de santé qui correspondent en théorie aux hôpitaux de district dans la terminologie de l'OMS, ne jouent pas en réalité leur rôle de niveau de référence, du fait de l'insuffisance du plateau technique;
- le niveau intermédiaire composé de 10 hôpitaux régionaux intégrés dans les régions médicales et 2 hôpitaux départementaux;
- le niveau national constitué par 7 hôpitaux nationaux.

On observe² une accessibilité inégale des populations aux soins, particulièrement pour les plus pauvres et en milieu rural. Les efforts importants consentis pour la réalisation d'infrastructures nouvelles n'ont pas suffi pour compenser la croissance démographique. Ainsi, on constate une baisse de la couverture en infrastructure sanitaire accentuée par un déficit en personnel.

Dans les résultats de l'enquête auprès des ménages, une proportion de 50,4% des ménages ont accès à un dispensaire situé à moins d'un kilomètre. Toutefois, ce taux est très bas dans les régions de Kolda (23,2 %), Diourbel (25,5 %), Fatick (35,3 %) et Louga (35,6 %). Par ailleurs, seuls 39,0 % des ménages ont accès à une maternité et 31,8 % à une case de santé.

Par ailleurs, les enquêtes montrent que, selon les populations, les principaux obstacles à l'accès aux soins sont le prix élevé des médicaments et des services. En milieu rural, à ces obstacles s'ajoute l'éloignement des formations sanitaires.

Le secteur privé, largement concentré à Dakar, joue également un rôle important. Il dispose d'un hôpital, 24 cliniques, 414 cabinets et des services médicaux d'entreprise. À cela s'ajoutent des structures confessionnelles dont un hôpital, celles de l'armée (2 hôpitaux) et des services médicaux de garnisons servant également aux populations civiles. Il faut également noter un recours non négligeable à la médecine traditionnelle.

En ce qui concerne l'utilisation et la couverture des services de santé essentiels, on retrouve une disparité entre milieu rural et urbain; c'est ainsi que 14 % des naissances au cours des 5 dernières années n'ont bénéficié d'aucune consultation prénatale, variant entre 19 % en milieu rural et 3 % en milieu urbain; 48 % des accouchements ont lieu sous surveillance médicale. Le taux de prévalence

² Enquête sénégalaise sur les Indicateurs de Santé - 1999, DERS Ministère de la Santé, Juin 2000.

contraceptive pour les méthodes modernes est de 7 %, avec d'importants écarts régionaux (18 % en milieu urbain contre 3 % en milieu rural). En ce qui concerne les couvertures vaccinales, on observe une certaine dégradation par rapport à la situation du début des années 90. Seuls 42 % des enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés. Le taux de couverture de BCG est de 88 % et de DTC3 de 50 % avec des taux de déperdition de 31 %.

Financement sectoriel

Le secteur de la santé est financé par trois sources principales : le financement public constitué par la contribution de l'État, des autres ministères, des collectivités locales, notamment; le financement privé constitué par les assurances et les paiements directs; et l'apport extérieur sous forme de prêts ou de dons.

Le tableau ci-après nous donne la situation sur les dépenses publiques de santé de 1990 à 1999.

Tableau 1 : Evolution des dépenses publiques de santé (1990-1999)

Années	Produit intérieur brut Milliards FCFA ^(a)	Budget national Milliards FCFA ^(b)	Dépenses publiques de santé Milliards FCFA ^(b)	% Dépenses publiques de santé dans le budget ^(c)	Population ^(b) 10 ⁶	Dépense publique de santé par habitant FCFA	% dépenses publiques de santé dans le PIB
1990	1 551,5	223,3	11,9	5,32	7.3	1 626	0,77
1991	1 551,5	226,0	13,0	5,75	7.5	1 733	0,84
1992	1 595,4	338,0	17,5	5,19	7.7	2 279	1,10
1993	1 537,8	204,5	11,9	5,80	7.9	1 501	0,77
1994	2 022,3	243,7	15,8	6,49	8.1	1 951	0,78
1995	2 234,0	247,5	16,7	6,75	8.3	2 013	0,75
1996	2 371,8	258,6	18,8	7,25	8.6	2 181	0,79
1997	2 550,6	257,1	19,9	7,73	8.8	2 259	0,78
1998	2 740,7	267,0	17,7	6,63	9	1 966	0,65
1999	2 925,9	295,6	20,7	6,99	9.3	2 222	0,71

Sources : ^a Provient de <http://www.finances.gov.sn/coeco.html>

^b Obtenus à partir de (MF, DNP, 2001)

^c Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi (MTPTE)

Les dépenses de santé financées sur le budget national sont passées de 11,9 milliards de FCFA en 1990 à 20,7 milliards en 1999. Ce qui correspond à un accroissement moyen d'environ 6 % par an. La dépense moyenne par tête, quant à elle, a évolué de 1226 FCFA en 1990 à 2222 FCFA en 1999, soit une augmentation de 37 % sur la période considérée (MEF, 2001).

Entre 1990 et 1999, on constate que l'accroissement des dépenses de santé est supérieur à celui des dépenses publiques (4 %). Ce qui dénote un effort de l'Etat en faveur du secteur de la santé. Toutefois, la proportion du budget allouée aux dépenses publiques de santé reste en deçà des normes recommandées par l'OMS fixée à 9 %. En effet, la contribution du Budget national au financement de la santé est passé de 6 % en 1990 à moins de 7 % en 1999 soit une augmentation d'un point en pourcentage au cours d'une décennie (MEF, 2001).

A partir des données contenues dans le rapport financier du PDIS complétées par celles issues d'autres sources, on peut avoir une idée de la contribution des diverses sources au financement de la santé.

Tableau 2 : Financement de la santé par sources (en milliards de F.CFA) entre 1998 et 2000

	1998	%	1999	%	2000	%
État*	22,2	42,7	28,3	42,5	30,9	40,3
Collectivités	1,8	3,4	1,6	2,4	1,6	2,1
Comité de santé	5,8	11,2	6,2	9,3	7,8	10,2
Assurance/mutuelles**	13,2	25,3	13,2	19,7	13,2	17,1
Aide	9,0	17,4	17,4	26,1	23,2	30,3
Total	51,907	100,0	66,696	100,0	76,745	100,0

* On a comptabilisé sous cette rubrique le filet social d'un montant moyen de 1 milliard par an. En outre, on y a ajouté la contribution des autres Ministères (Défense, Éducation nationale, etc.) d'un montant annuel de 600 millions.

** Ici, on a estimé la contribution des IPM à 13 milliards (Letourmy, 1996) et celle des mutuelles à environ 150 millions par an (Coulibaly et al., 2002)

De ce tableau, on constate une baisse de la contribution de l'État qui passe de 43 % en 1998 à 40 % en 2000. Le financement extérieur gagne du terrain : il a plus que triplé sur la période.

Comme on peut l'observer sur ce tableau, en 2000 la part de l'État dans le financement était de l'ordre de 40 %. L'apport de l'aide extérieure représente 30 % des dépenses de santé. La contribution des collectivités locales est faible : environ 2 % du total du financement.

Le tableau 3 présente la répartition des dépenses par niveau (central, régional et primaire).

Tableau 3 : Répartition des dépenses par sources et par niveaux en 2000

		Soins santé second.	Soins santé Base	Adm. générale	Aff. gén. santé	Pharmac. et Médic.	Forma- tion	Total
État	Niveau central	6177,33	-	9455,23	1062,5	529,8	352	17 576,86
	Niveau régional	4339,92	6286,4	931,57	176,5	6,5	26,5	11 765,39
Comités de santé	Central	2331,7	-	-	-	-	64,1	2 395,8
	Régional	1120,327	4306,1	-	-	-	-	5 426,4
Collectivités	Central							-
	Régional		1596					1 596
Bailleurs	Central	1785,764	38,09	1645,79	6725,74	83,99	387,42	10 666,8
	Régional	5951,23	6140,62	333,54	123,722	5,2	11,53	12 565,8

Source : MSP / DAGE - Rapport financier PDIS au 31 déc. 2000

N.B. Ce tableau ne tient pas compte des dépenses des autres Ministères, du filet social et des dépenses d'assurance-maladie. En effet, la répartition de ces catégories par niveau n'a pas été obtenue.

Globalement, la moitié du financement du PDIS est affectée au niveau central au détriment des niveaux primaire et secondaire qui occupent en moyenne 30 % et 21 % respectivement.

L'examen des dépenses totales de santé montre une forte contribution des ménages. Une étude récente réalisée à partir des données de l'ESAM a montré que 45,86 % des dépenses de santé sont supportées par les ménages contre 19,48 % par l'assurance-maladie et 18,86 % par l'État³. Ceci montre que l'analyse du financement doit prendre en compte aussi bien les données institutionnelles que celles collectées auprès des ménages. Il est nécessaire de faire un examen complet du financement de la santé par une approche des comptes nationaux.

³ Voir, Coulibaly B, Bah A. (2002). Equité du monde de financement de la santé au Sénégal, rapport de consultation pour l'OMS/Genève, 28 p. + Annexe.

Le taux élevé de participation des ménages est probablement imputable à l'insuffisance des dispositifs de couverture du risque maladie. L'exploitation des données d'une étude récente conduite à Dakar a montré que l'État couvre 7 % de la population, 5 % disposent d'une assurance liée au travail et 3 % des enquêtés déclarent adhérer à une mutuelle. Ce qui signifie qu'environ 85 % des personnes interrogées ne bénéficient d'aucun mécanisme de prise en charge des soins.

Décentralisation

Bien que la décentralisation dans le secteur de la santé soit acceptée par tous les acteurs, son application effective pose toujours des problèmes. Il s'agit en particulier de la mise en place tardive des fonds de dotation indispensables à l'exercice des compétences transférées qu, souvent, n'atteignent pas la structure à laquelle ils ont été initialement destinés en raison notamment de leur utilisation à d'autres fins. Toutes les structures de gestion prévues pour assurer le fonctionnement des structures de santé n'ont pas toujours été mises en place avec les compétences requises. Par ailleurs, le concept de district sanitaire autour duquel s'articule la mise en œuvre des soins de santé primaires ne se confond pas toujours avec le découpage administratif.

L'ensemble de cette situation rend parfois les relations entre techniciens de santé et les représentants des collectivités locales conflictuelles.

Politique de santé, planification sectorielle et gestion des ressources

Dès 1996, le Sénégal s'est engagé dans une approche sectorielle ayant abouti à l'élaboration d'un plan stratégique national de développement sanitaire. Ce processus essentiellement participatif a impliqué les districts, les régions et le niveau central. Les orientations politiques et les budgets ont ainsi été déterminés avec l'accord des différents niveaux.

Ce processus intensif dans lequel l'OMS s'est particulièrement impliquée a abouti finalement à l'élaboration du Plan national de Développement sanitaire 1998-2007 (PNDS). Le PNDS, tout en réaffirmant l'option du Sénégal en faveur des soins de santé primaires, s'articule autour de 11 priorités stratégiques visant à atteindre quatre objectifs majeurs :

- la réduction de la mortalité infanto-juvénile;
- la réduction de la mortalité maternelle;
- la baisse de l'indice synthétique de fécondité;
- l'accès accru aux services de base pour les plus démunis.

Le **PNDS** se présente comme le premier plan sectoriel de la santé au Sénégal qui :

- couvre l'ensemble des aspects du secteur de la santé;
- prend en compte le cadre macro-économique, la disponibilité des ressources et les sources de financement pour les cinq (5) premières années;
- prend en compte tous les différents niveaux du système de santé;
- implique l'ensemble des partenaires aux différentes étapes.

L'élaboration du PNDS 1998-2007 et de sa première phase prioritaire, le Programme de Développement intégré de la Santé et de l'Action sociale (PDIS) pour la période 1998 à 2002, a permis de réaliser un certain nombre d'études complémentaires dans le cadre des réformes du secteur avec l'appui des partenaires au développement, notamment dans les domaines du financement de la santé, du développement institutionnel, de la réforme hospitalière, des ressources humaines et de la réforme du médicament. Le PDIS étant une approche programme, un processus de planification sectorielle a été initié depuis 1995 avec la création de la cellule d'appui et de suivi dudit programme.

Le PNDS fut présenté par le Gouvernement et approuvé par la communauté des partenaires extérieurs en mai 1997 : ceux-ci y reconnaissent pour la première fois un cadre cohérent et global pour orienter et coordonner leurs contributions au développement sanitaire, même si d'aucuns en soulignent certains aspects trop ambitieux ou pas assez spécifiques, en particulier dans le domaine des ressources humaines. Aux yeux de certains, le document reflèterait davantage les vues et les priorités des prestataires publics de soins que les besoins de santé réels des populations⁴. Par ailleurs, le plan stratégique n'a pas systématiquement servi de cadre de référence à la préparation des plans opérationnels annuels des districts et des services, conduisant dans certains cas à des incohérences entre les deux.

Gestion financière

Depuis l'avènement de la décentralisation, les fonds de dotation des districts sont gérés par les collectivités locales. Les montants et les rubriques des allocations budgétaires sont déterminés par le niveau central et les collectivités locales doivent respecter la lettre des allocations par rubrique. De plus, les responsables de districts ne disposent pas toujours des informations financières requises sur la gestion et l'utilisation de leur budget. Or, à partir de 1997, les budgets de fonctionnement des hôpitaux et centres de santé, excepté les salaires, sont transférés aux autorités régionales par le Ministère des Finances. Les budgets

⁴ Ces commentaires se basent sur le document : "Sector-Wide approaches to Health Development : an assesment of current practices in Senegal", équipe conjointe OMS-Pays-Bas, novembre 1997, élaboré dans le cadre d'une étude OMS interpays.

d'investissement, particulièrement pour les hôpitaux non encore érigés en établissements publics de santé, ainsi que le paiement des salaires des fonctionnaires et la gestion du personnel, demeurent encore du ressort du niveau central. Au niveau des comités de santé, les ressources générées localement contribuent de façon substantielle au fonctionnement des structures de soins primaires. Cependant, le choix des activités à financer par les comités de santé semble largement biaisé par le personnel de santé, conduisant à financer des activités normalement financées par l'État, mais en retard de décaissement, ou des activités "rémunératrices".

En ce qui concerne la gestion du PDIS, la participation de 22 partenaires impliqués chacun avec ses projets, ses priorités et ses procédures, rend la coordination difficile et la gestion lourde. Il est reconnu que la gestion du PDIS est le résultat d'un compromis entre l'État (plus particulièrement la DAGE du Ministère de la Santé), le Ministère des Finances et les partenaires extérieurs. Les collectivités locales et les comités de santé y ont une influence faible. Une harmonisation des procédures d'achat et de passation des marchés constituerait un acquis important. Sur le plan plus strictement financier, un système de comptabilité analytique (par ligne budgétaire, par source de financement, par centre de coût) et de rapport commun pour l'ensemble du PDIS contribuerait à en alléger la gestion et à la rendre plus transparente.

De façon générale, la complexité de mise en œuvre des différents financements (État et partenaires extérieurs) se traduit par des difficultés dans l'exécution du PDIS⁵. Bien que les bailleurs déplorent régulièrement les lenteurs dans la mise en œuvre du programme, le rapport financier du PDIS en mai 2001 mentionne un taux d'exécution général de 83 %, dont 91 % pour les fonds de dotations et 68 % pour les partenaires extérieurs.

Gestion des ressources humaines

La situation des ressources humaines pour la santé dans le système public de soins est caractérisée par un déficit chronique, particulièrement pour les médecins spécialistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'État, avec des taux d'attribution particulièrement élevés de l'ordre de 15 % pour ces deux dernières catégories. Cette situation est aggravée par la limitation de recrutement de personnel imposée par les politiques d'ajustement structurel. Le déficit du personnel est estimé actuellement à 3500 agents avec une capacité de recrutement de l'État limitée à 250 agents par an. Il est important par ailleurs de remarquer que le personnel existant est mal réparti, essentiellement concentré à Dakar et dans les zones urbaines, et que son redéploiement constitue une gageure, ce qui a conduit à la fermeture ou la non-fonctionnalité de structures existantes.

⁵ Voir à ce sujet "Évaluation à mi-parcours du PDIS" par SANIPLAN GmbH et KIT, mars 2001.

Le développement du personnel de santé est caractérisé par l'absence d'une politique cohérente en la matière; cela se traduit entre autres, par une formation inadaptée, un manque d'encadrement et une absence d'incitation à une performance accrue.

Le pays dispose, cependant, des capacités de formation importantes par la présence d'institutions de formation régionale ou nationale comme la Faculté de Médecine, le Centre africain d'Études supérieures en Gestion (CESAG), l'Institut Santé et Développement (ISED) et l'École nationale de développement sanitaire et social (ENDSS).

Comme l'ont souligné l'ensemble des partenaires lors de la revue à mi-parcours du PDIS, la question des ressources humaines est au cœur des problèmes de mise en œuvre des programmes et de la faible performance du système de santé en général.

Défis majeurs

Au terme de l'analyse qui précède et dans un contexte de paupérisation, les défis majeurs auxquels est confronté le système de santé du Sénégal ont trait i) à une performance accrue incluant une meilleure adéquation de la réponse du système par rapport aux besoins de la population, et ii) à une mise en œuvre plus efficace des différentes réformes politiques et institutionnelles entreprises. De façon plus spécifique, les problèmes et défis identifiés sont les suivants :

- l'amélioration de la capacité de gestion globale du système de santé (stewardship) par le Ministère de la Santé;
- la mise en œuvre de la réforme hospitalière et de la réforme du secteur pharmaceutique;
- la formulation et/ou le renforcement des politiques et stratégies dans des domaines spécifiques tels que les ressources humaines, la gestion financière et la décentralisation;
- une meilleure réponse à une situation épidémiologique caractérisée par des taux de morbidité et de mortalité infanto-juvénile et maternelle élevés, le poids considérable de certaines maladies transmissibles (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, etc.) et la pression grandissante de certaines maladies non transmissibles;
- l'accès équitable à des services de santé de qualité;
- le renforcement du partenariat entre les différents acteurs du système de santé, notamment les différents ministères et le secteur privé (les institutions à but lucratif, les ONG et les tradipraticiens).

3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT : MODALITÉS ET SYSTÈMES DE COORDINATION

3.1 Tendances globales

Le rapport financier du PDIS au 31 décembre 2000 révèle que la contribution des partenaires au développement sanitaire (voir liste en Annexe 3), représente approximativement un tiers du financement sectoriel, hormis les appuis budgétaires directs. Pour la mise en œuvre du Programme de développement intégré de la santé (1998-2002), sur un total de 229 milliards de FCFA, l'État devrait contribuer à la hauteur de 123,5 milliards (54 %), les partenaires extérieurs à 68 milliards (30 %), les comités de santé à 25 milliards (11 %) et les collectivités locales à 13 milliards (5,6 %) - (PDIS, 1997).

Le rapport financier du PDIS au 31 décembre 2000 révèle, que pour les trois premières années du Programme (1998-2000), la contribution de l'État à la mise en œuvre du PDIS a dépassé les prévisions de 8 milliards de FCFA. Par ailleurs, un accroissement des contributions des partenaires a également eu lieu. Leur appui est passé de 43 milliards initialement prévu à 49,6 milliards de FCFA.

L'initiative de réduction de la dette devrait également dégager des ressources supplémentaires pour le secteur de la santé.

3.2 Principales agences de développement

Au cours de ces quatre dernières années, l'aide multilatérale a pris le pas sur l'aide bilatérale dans le secteur de la santé. Les accords de crédit les plus importants en terme de montants ont été signés avec l'IDA, le FAD, la BID et le NDF. En plus de ces prêts, il faut également noter les subventions reçues à travers le 7^{ème} et le 8^{ème} FED ainsi que les programmes de coopération des institutions spécialisées des Nations Unies, à savoir l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP et le PNUD. En matière d'aide bilatérale, la France, les États-Unis d'Amérique, l'Allemagne et le Japon sont les principaux contributeurs.

Les principaux programmes ciblés ont trait à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile-juvénile, mais aussi à la lutte contre les IST/SIDA, à l'éradication de la poliomyélite et à la lutte contre la maladie en général. D'autres domaines tels que la réforme hospitalière, la promotion des approches communautaires, sont cependant en voie de devenir des domaines de concentration privilégiés de l'aide.

3.3 Mécanismes de coordination

Le Sénégal dispose d'un programme sectoriel santé à travers le PNDS/PDIS, élaboré avec l'implication de l'ensemble des partenaires au développement. Ce programme est le principal cadre de coordination des interventions de la quasi-totalité des acteurs du secteur de la santé. La communauté des partenaires au développement a choisi en son sein l'Union européenne comme chef de file des bailleurs de fonds du secteur de la santé. Ceci facilite 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. De la même façon, les institutions des Nations Unies ont également initié leur propre système de coordination à travers des documents tels que le CCA/UNDAF. La prochaine finalisation et adoption d'un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté devra servir de cadre général pour l'ensemble des partenaires au développement. Il apparaît ainsi que le souci de coordination des interventions est partout présent; ce qui est conforme à l'esprit de l'approche sectorielle, initiée par le Gouvernement.

Le Ministère de la Santé a mis en place des cadres de concertation qui permettent aux partenaires au développement et à tous les autres acteurs du développement sanitaire de participer effectivement à la définition des politiques, à l'élaboration et au suivi des programmes. Il s'agit du comité interne trimestriel de suivi du programme, de la mission conjointe de supervision semestrielle et de la réunion annuelle conjointe. Cette dernière réunion permet de faire le bilan global des actions menées au cours de l'année écoulée et d'approuver le projet de plan d'action et le budget de l'année à venir. Mais si la coordination avec les partenaires fonctionne normalement au niveau national, il semble que des efforts restent à faire pour les niveaux régional et de district. Il faut pour cela des capacités de gestion au niveau local, mais aussi une réelle volonté des partenaires de s'impliquer sur le terrain.

4 PROGRAMME DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE SÉNÉGAL

4.1 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 principales orientations de la politique actuelle de santé. Elle a également joué un rôle important dans l'élaboration du Plan national de développement sanitaire 1998-2007, actuellement en cours de mise en œuvre.

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 équipe pays multidisciplinaire composée de médecins, économiste, ingénieur sanitaire et spécialiste de l'information. L'effectif total est ainsi passé d'une dizaine de membres en 1995, à 25 en 2001, dont 12 membres de la catégorie professionnelle, parmi lesquels le Représentant et un contractuel dans le cadre du PEV. Par ailleurs, le Bureau régional a détaché un économiste de la santé auprès du Centre d'Études supérieures africain en Gestion (CESAG) de Dakar.

4.2 Évolution du budget

Le budget total pour l'exercice biennal 2002-2003 est de US \$7 892 439, dont US \$2 450 000 proviennent du budget ordinaire (31%) et US \$5 442 439 sur les fonds provenant d'autres sources (69 %). Lors de l'exercice biennal 2000-2001, le budget total était de US \$4 224 900, dont US \$2 350 000 sur le budget ordinaire (56 %) et US \$1 874 900 de fonds provenant d'autres sources (44 %). Au cours de l'exercice, US \$900 000 sont consacrés au fonctionnement du bureau de l'OMS.

Entre les périodes biennales 2000-2001 et 2002-2003, les fonds provenant d'autres sources ont plus que doublé, avec 28 % consacrés à la lutte contre le paludisme (Faire Reculer le paludisme) et 60 % à la vaccination. Le programme d'éradication de la polio, à lui seul, bénéficie de 2 495 000 (46 % de l'ensemble des fonds provenant d'autres sources), dont US \$2 000 000 pour la seule organisation des Journées nationales de vaccination. Les activités liées à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la rougeole font également l'objet d'une attention particulière (US \$340 500, soit 4,3 % du budget total).

4.3 Domaines d'intervention de l'OMS au Sénégal

Les domaines d'intervention prioritaires prévus dans le cadre de l'exercice biennal 2002-2003 sont au nombre de 18, contre 12 en 2000-2001. Cette augmentation des domaines d'intervention est plutôt due à une redéfinition de certains domaines et à l'introduction de nouveaux domaines entre les deux exercices biennaux. C'est ainsi que le domaine "Prévention et contrôle des maladies", qui incluait le paludisme, la lutte contre le SIDA et la PCIME, a été maintenu, mais le paludisme et le SIDA sont devenus des domaines à part entière, et la PCIME fait désormais partie du domaine d'intervention "Santé de l'enfant et de l'adolescent". On peut donc dire qu'en ce qui concerne les programmes financés sur le budget ordinaire, il n'y a pas eu de changements majeurs en termes de contenu entre les deux exercices biennaux.

Les 18 domaines d'intervention retenus pour l'exercice biennal 2002-2003 sont les suivants :

- 1) Préparation et réponse aux urgences
- 2) Politique et promotion de la recherche
- 3) Surveillance des maladies transmissibles
- 4) Maladies transmissibles : prévention, éradication et lutte
- 5) Paludisme
- 6) Tuberculose
- 7) VIH/SIDA
- 8) Vaccination et mise au point de vaccins
- 9) Approche intégrée de la surveillance, de la prévention et de la prise en charge des maladies non transmissibles
- 10) Tabac
- 11) Promotion de la santé
- 12) Santé de l'enfant et de l'adolescent
- 13) Pour une grossesse à moindre risque
- 14) Santé de la femme
- 15) Développement durable
- 16) Santé et environnement
- 17) Médicaments essentiels et politique pharmaceutique
- 18) Organisation des services de santé.

En matière de partenariat, l'OMS participe à plusieurs mécanismes de coordination avec les autres partenaires du Sénégal :

- réunions périodiques des chefs d'agences du système des Nations Unies;
- coordination des bailleurs de fonds du secteur de la santé;
- groupe thématique ONUSIDA.

Le bureau pays s'est aussi fortement impliqué dans les activités relatives à l'élaboration du document UNDAF et à l'évaluation commune du pays (CCA) réalisées par le système des Nations Unies, ainsi qu'aux activités liées aux aspects sanitaires de la lutte contre la pauvreté.

4.4 Forces et faiblesses

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

- l'existence d'une équipe pays possédant une expertise reconnue et de bonnes relations avec les responsables nationaux du Ministère de la Santé et de la Prévention;
- la reconnaissance explicite de l'OMS par le Ministère de la Santé et les partenaires extérieurs comme conseiller technique privilégié dans le domaine de la santé tel qu'en témoigne le rôle de chef de file de l'OMS dans la coordination du Groupe santé UNDAF;
- la flexibilité de l'OMS pour répondre aux besoins nouveaux;
- le choix souvent porté sur le Sénégal pour l'organisation de réunions inter-pays, renforçant ainsi la visibilité et l'image de marque de l'Organisation.

Cependant, le bureau de l'OMS au Sénégal fait face à un certain nombre de problèmes et de contraintes parmi lesquels on relève :

- la non participation des membres de son équipe pays aux réunions régionales et sous-régionales importantes, entraînant ainsi une réduction de leur efficacité dans l'appui à apporter aux cadres nationaux;
- la lourdeur des procédures de gestion de l'OMS conduisant à une charge importante des tâches administratives au détriment des activités techniques;
- la documentation de l'OMS souvent disponible en anglais, ce qui rend l'exploitation difficile pour le Ministère de la Santé.

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

L'OMS a engagé d'importantes réformes dans sa façon de travailler dans le but de mieux appuyer les États Membres de l'Organisation en vue de relever les principaux défis de la santé et du développement. Ce processus de changement organisationnel inclut la Stratégie Institutionnelle de l'OMS⁶, qui sert de cadre global pour son travail.

5.1 But et mission de l'OMS

La mission de l'Organisation mondiale de la Santé reste la même, à savoir : "amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible"⁷. Dans ce contexte, l'Organisation vise le renforcement de son autorité technique, intellectuelle, politique en matière de santé, ainsi que sa gestion et sa capacité de réponse aux besoins des États Membres.

5.2 Nouvelles méthodes de travail⁸

La stratégie institutionnelle met l'accent sur les réponses suivantes de l'OMS au changement de l'environnement international :

- privilégier une approche plus large de la santé dans le contexte du développement humain durable, et centrer en particulier son attention sur les liens entre la santé et la pauvreté;
- s'impliquer davantage dans l'adoption de consensus nationaux et internationaux sur les politiques, stratégies et normes de santé;
- susciter des actions plus efficaces pour améliorer la santé et réduire les inégalités en négociant des partenariats appropriés;
- créer une culture institutionnelle propice à une pensée stratégique, à une action rapide, à l'établissement de réseaux productifs et à l'innovation.

⁶ OMS : Conseil exécutif 105/3 : Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.

⁷ Article 1 de la Constitution de l'OMS.

⁸ OMS : Programme général de Travail, 2002-2003.

5.3 Orientations stratégiques⁹

Sur la base des nouvelles méthodes de travail mentionnées ci-dessus, l'OMS a mis au point quatre orientations stratégiques pour atteindre ses objectifs et combattre les maladies.

Ces orientations stratégiques, qui sont inter-dépendantes, fournissent un cadre global pour le travail technique du Secrétariat, à savoir :

- a) réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout pour les populations pauvres et marginalisées;
- b) promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés à l'environnement, au contexte économique et social et aux comportements;
- c) mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, répondent aux attentes légitimes de la population et qui soient financièrement équitables;
- d) concevoir une politique de base et créer un cadre institutionnel dans le secteur de la santé et faire en sorte que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matière d'environnement et de développement.

5.4 Fonctions essentielles

La typologie des fonctions essentielles de l'OMS, décrite ci-dessous, est basée sur les avantages comparatifs de l'Organisation à tous les niveaux, à savoir :

- définir une politique et une action de sensibilisation cohérentes conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes;
- gérer l'information en évaluant les tendances et en comparant les résultats;
- se faire l'agent du changement par un appui technique et théorique, de façon à stimuler l'action et la coopération et à renforcer durablement les capacités nationales et inter pays;
- négocier et soutenir des partenariats nationaux et mondiaux;
- fixer et valider les normes et critères, les appliquer et en surveiller l'application;
- encourager la mise au point et l'essai de technologies, d'outils et de principes directeurs nouveaux en matière de lutte contre la maladie, la réduction des risques, la gestion des soins de santé et la prestation de services.

⁹ OMS : Conseil exécutif 105/3. Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.

5.5 Priorités globales et régionales¹⁰

Compte tenu de l'existence de ressources limitées, de l'immensité des besoins et de la nécessité de rendre ses interventions plus efficaces, l'Organisation a sélectionné un nombre limité de priorités à moyen terme.

Les priorités globales actuelles sélectionnées sur la base de critères claires sont : paludisme; VIH/SIDA et tuberculose; santé maternelle; santé mentale; tabagisme; maladies non transmissibles; salubrité des aliments; systèmes de santé; santé et environnement.

La Région africaine de l'OMS fait face aux grands défis de santé, avec les indicateurs de santé les plus bas de toutes les Régions de l'Organisation. Ainsi, la Région africaine a sélectionné 12 domaines pour son intervention. Il s'agit de : paludisme; VIH/SIDA et tuberculose; santé de l'enfant et de l'adolescent; santé maternelle; santé mentale; promotion de la santé; renforcement des systèmes de santé; maladies non transmissibles courantes (par exemple cancer, maladies cardiovasculaires, diabète et maladies respiratoires chroniques); sécurité transfusionnelle; pauvreté et santé; préparation et réponse aux épidémies et aux situations d'urgences complexes. De plus, le présent cadre stratégique s'efforcera d'intensifier les efforts déjà déployés pour l'élimination stratégique et l'éradication des maladies. Les maladies ciblées pour élimination comprennent la lèpre, la filariose lymphatique et le tétanos néonatal, tandis que la dracunculose et la poliomyélite ont été ciblées pour éradication.

5.6 Rendre l'OMS plus efficace au niveau du pays

Une typologie opérationnelle des fonctions spécifiques de l'OMS au niveau du pays a été développée sur la base des fonctions plus élargies décrites plus haut.

Ces fonctions spécifiques au niveau du pays sont :

- F1 : Appui à la mise en œuvre des activités de routine à long terme.
- F2 : 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.
- F3 : Appui à la recherche et au développement; expérimentation de la politique; élaboration de directives, stimulation du suivi de la performance de la santé et du secteur de la santé; évolution et anticipation des tendances.

¹⁰ Activités de l'OMS dans la Région africaine : Cadre stratégique 2002-2003.

F4 : Partage de l'information : options et positions génériques de politiques, directives et normes, études de cas de bonnes pratiques; plaidoyer.

F5 : Fourniture de conseils spécifiques en matière de politique et d'avis techniques de haut niveau; rôle d'intermédiaire et d'arbitre; influence sur la politique, l'action et les dépenses du Gouvernement et des partenaires au développement.

Au niveau du pays, l'OMS sera davantage un conseiller, un agent catalyseur, et ne s'impliquera dans des activités de routine que dans des cas bien spécifiques et limités dans le temps.

6 PROGRAMME STRATÉGIQUE DE L'OMS AU SÉNÉGAL, POUR LES CINQ PROCHAINES ANNÉES

6.1 Principes

Les principes clés qui président aux choix proposés dans ce document et qui devraient marquer un changement par rapport aux pratiques précédentes sont les suivants :

- le souci d'être plus sélectif dans le choix des domaines et des interventions;
- le rôle plus important de l'OMS en tant que conseiller technique en politique de santé;
- le maintien d'une certaine flexibilité pour pouvoir répondre aux nouvelles requêtes du Gouvernement, ainsi qu'à de nouveaux défis;
- la prise en considération des interventions des autres partenaires dans le domaine de la santé et aussi la définition des interventions de l'OMS en fonction de ses avantages comparatifs;
- le positionnement des interventions sanitaires dans un contexte plus vaste de lutte contre la pauvreté;
- la prise en compte du genre dans la définition et la mise en œuvre de toutes les interventions;
- le raffermissement des liens de confiance entre l'OMS et les autorités nationales, et le renforcement des partenariats, tant avec les partenaires nationaux qu'avec les partenaires externes;
- l'établissement d'une distinction claire entre la performance de l'OMS d'une part et celle du Gouvernement d'autre part.

6.2 Principaux axes stratégiques

Le choix des axes stratégiques ainsi que la détermination de leur contenu repose sur l'analyse de la situation sanitaire du pays et les priorités définies par le Gouvernement. Ce choix tient compte non seulement des priorités mondiales et régionales de l'OMS, mais aussi et surtout de la nécessité de focaliser progressivement les actions de l'Organisation et de les orienter davantage vers le développement de politiques et stratégies.

C'est ainsi que l'essentiel des ressources allouées à chaque axe stratégique sera concentré à des domaines limités. L'appui à l'élaboration de politiques et de stratégies sera privilégié par rapport au soutien à la mise en œuvre d'activités de routine. L'OMS continuera, cependant, à s'impliquer dans les activités liées à l'éradication de certaines maladies, à la lutte contre les épidémies et à l'élaboration d'outils techniques et méthodologiques pour appuyer les interventions sur le terrain. Elle aidera également si nécessaire, à l'expérimentation de projets pilotes et à leur mise en œuvre à grande échelle si leur faisabilité est prouvée.

Quatre axes stratégiques ont ainsi été retenus :

- 1) Développement du système de santé
- 2) Lutte contre la maladie
- 3) Santé génésique
- 4) Environnement et santé.

Développement du système de santé

Renforcement de la fonction d'administration générale

Compte tenu du faible niveau de performance du système de santé sénégalais, du manque de synergie entre les différents niveaux et structures du Ministère, de la faible implication du secteur privé dans son ensemble, l'OMS fournira au Ministère de la Santé un appui en vue du renforcement de l'organisation générale et d'un meilleur fonctionnement du système de santé décentralisé, avec la participation des communautés bénéficiaires. Il s'agira de la définition et de la mise en place des cadres réglementaires, y compris des normes et standards. De plus, l'évaluation des performances du système de santé fait l'objet d'une attention particulière de la part des autorités nationales, et l'OMS fournira l'appui technique et financier nécessaire à cette fin.

Sur la base de cette évaluation, mais également des résultats de l'évaluation du PNDS, l'OMS appuiera le Sénégal pour la (re)définition des politiques de santé, la planification stratégique, ainsi que les réformes systémiques nécessaires (notamment la réforme hospitalière et la politique du médicament).

Ressources humaines

La question des ressources humaines étant au cœur de la faible performance du système de santé, l'OMS appuiera l'élaboration d'une politique globale des ressources humaines. L'OMS contribuera à la mise en œuvre de cette politique en

continuant à appuyer la formation du personnel, à faciliter les échanges aux niveaux régional et international et à disséminer l'information scientifique. Elle continuera à fournir un appui aux institutions de formation à caractère régional ou national comme le CESAG, l'ISED et l'ENDSS dans la conception et la mise en œuvre des stratégies de formation des personnels de santé adaptées aux besoins nationaux. Elle encouragera la recherche opérationnelle dans ces institutions de formation par l'octroi de petites subventions et soutiendra les échanges entre institutions en vue de renforcer leurs capacités techniques et pédagogiques et d'en faire des pôles d'excellence pour la formation des personnels de santé.

L'OMS intensifiera son plaidoyer auprès d'autres bailleurs afin qu'ils accordent leur préférence au secteur de la santé dans l'attribution des bourses d'études.

Financement de la santé

Prenant en compte la faible proportion des populations couvertes par les systèmes d'assurance maladie, l'OMS contribuera au développement des stratégies de financements alternatifs de la santé en faveur d'un meilleur accès des populations les plus pauvres aux services de santé essentiels, notamment à travers la formulation et l'expérimentation d'interventions de santé efficaces et leur passage à échelle en cas d'indications sûres de leur faisabilité.

L'OMS fournira un appui grâce à la mise à disposition d'experts et l'octroi de bourses de formation en vue de renforcer les capacités techniques des personnels de santé dans les domaines du développement des comptes nationaux de santé et de la mise en place des mécanismes de suivi et d'évaluation des financements. Elle mènera également un plaidoyer en vue d'une augmentation de la part du budget de l'État allouée à la santé et d'une plus grande implication des collectivités locales et du secteur privé.

Prestations de services

Sur la base de la tendance à la hausse constatée de la mortalité juvénile au Sénégal au cours des dix dernières années, l'OMS fournira un appui technique au Ministère de la Santé en vue du renforcement du système de santé de district, y compris à travers l'actualisation périodique du paquet minimum d'activités et sa mise en œuvre effective aux différents niveaux et structures du système de santé. Elle appuiera également la mise en œuvre de stratégies spécifiques, telles que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et le programme élargi de vaccination, en vue de la surveillance d'un certain nombre de conditions et de la lutte contre les maladies prioritaires.

L'approche contractuelle comme stratégie possible pour renforcer l'offre de services de qualité sera développée.

L'OMS œuvrera spécifiquement en vue du renforcement des capacités nationales en matière de gestion (planification, mise en œuvre, suivi et évaluation) des programmes de santé au niveau du district.

Lutte contre la maladie

Maladies transmissibles (paludisme, SIDA, tuberculose, maladies du PEV) et autres maladies

En vue de contribuer à la réduction du poids des maladies transmissibles dans la morbidité et la mortalité au Sénégal, en particulier pour les plus défavorisés, l'OMS développera un plaidoyer en vue d'une mobilisation accrue et d'une meilleure utilisation des ressources en faveur de la lutte contre le paludisme, le SIDA et la tuberculose. Elle aidera également au renforcement de la coordination/intégration des activités de ces programmes ainsi que des capacités techniques du personnel.

Le rôle de chef de file de l'OMS sera maintenu dans la coordination des activités d'élimination et de contrôle des maladies, notamment la poliomyélite, la maladie du ver de Guinée, l'onchocercose, la schistosomiase, la lèpre, le contrôle des maladies du PEV, en particulier la rougeole.

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.

Maladies non transmissibles

En vue de mieux appréhender la charge de morbidité et de mortalité attribuable aux maladies non transmissibles et de proposer des réponses efficaces, l'OMS appuiera l'organisation d'enquêtes de prévalence, notamment en ce qui concerne le diabète, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies mentales. L'OMS appuiera également la formulation et la mise en œuvre des stratégies y afférent, ainsi que la mobilisation des ressources nécessaires.

Santé génésique

Le PNDS vise en particulier la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile et la réduction de l'indice synthétique de fécondité. Ainsi, l'OMS appuiera la recherche et le développement de directives et de stratégies novatrices et

efficientes pour un meilleur accès à des services de santé de qualité pour les femmes les enfants et les adolescents. Il s'agira d'introduire la stratégie "Maternité à moindre risque", y compris les services obstétricaux et les soins néonataux d'urgence, d'étendre la stratégie PCIME en y incluant la composante communautaire, et de promouvoir des centres de santé conviviaux pour les adolescents. L'appui consistera également à développer le plaidoyer, la coordination et la mobilisation des ressources nécessaires.

En outre, l'OMS jouera un rôle dans la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes et les violences faites aux femmes et aux enfants en aidant au développement des compétences nationales, de la recherche et d'un système d'information.

L'OMS facilitera le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes relatifs à la santé des femmes et des enfants.

Environnement et santé

Promotion des environnements sains

En vue de contribuer à la réduction du poids des maladies liées à l'environnement, l'OMS appuiera la définition et la mise en œuvre d'une politique nationale en matière de santé et environnement, ainsi que des stratégies et un plan d'action pour l'assainissement des zones les plus défavorisées et une meilleure gestion des déchets bio-médicaux.

L'OMS jouera un rôle de plaidoyer auprès des autres secteurs, de façon à ce que les questions relatives à l'environnement soient abordées de façon multi-sectorielle et que les aspects relatifs à la santé soient toujours pris en considération.

Gestion des risques et des situations de catastrophe

L'OMS appuiera le développement et la mise en œuvre du plan national de gestion des risques et des catastrophes dans sa composante santé, notamment par le renforcement des compétences des acteurs et la coordination à tous les niveaux.

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

En vue de promouvoir des comportements et styles de vie sains, l'OMS apportera un appui au développement et à la mise en œuvre de politiques et stratégies nationales de communication pour le changement de comportement en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre du PNDS. Elle renforcera également la prise en compte de la promotion de la santé dans les programmes de santé.

Programme stratégique pour les cinq prochaines années

L'OMS développera un plaidoyer pour l'adoption de politiques et mesures (législatives et réglementaires) en vue de promouvoir un environnement favorable à la santé.

Tableau 4 : Récapitulatif indiquant l'importance relative de chaque fonction par composante stratégique

Axes stratégiques		FONCTIONS				
		F1	F2	F3	F4	F5
1) Développement du système de santé	a) Renforcement de la fonction administration générale (stewardship)	- -	+ / ++	+++	+++	++++
	b) Ressources humaines	++	- -	+	+++	+++
	c) Financement	- -	++++	-	-	++
	d) Prestation de services	+++*	+++	++	+++	++
2) Lutte contre la maladie	a) Maladies transmissibles	+++*	++	++	+++	++++
	b) Maladies non-transmissibles	- -	++	++++	++	++
3) Santé génésique		+++	+++	+++	++	
4) Environnement et santé	a) Promotion des environnements sains	- -	++++	+++	++	++
	b) Gestion des risques	++	+++	-	+	+
	c) Promotion de styles de vie sains	++*	+++	++	++	+++

Légende : Le nombre de croix par case varie de 0 (pas important) à 5 (très important)

(se réfère à des programmes spécifiques (Faire reculer le paludisme, éradication de la polio, contrôle de la rougeole, etc.)*

7 IMPLICATIONS POUR LE BUREAU DE L'OMS DANS LE PAYS

La mise en œuvre de la présente stratégie entraînera des changements de méthode de travail dans les trois niveaux de l'Organisation : bureau de l'OMS dans le pays, Bureau régional et Siège.

7.1 Bureau de l'OMS dans le pays

L'existence d'une équipe pluridisciplinaire au sein du bureau pays constitue un atout pour l'Organisation. Cependant, l'appui technique et financier fourni par les autres niveaux de l'Organisation s'avère insuffisant pour une mise en œuvre réussie de la stratégie. Une coordination accrue des ressources de l'OMS (expertise technique, ressources financières) sera nécessaire pour cette mise en œuvre, l'accent devant davantage être mis sur l'appui technique.

Le Plan de travail 2002-2003 ayant été formulé avant la finalisation de la présente stratégie, son actualisation devrait être réalisée par l'équipe pays, en collaboration avec le Ministère de la santé.

Dans un souci d'équité, une politique en faveur des femmes devrait être adoptée en ce qui concerne le recrutement des professionnels de l'équipe pays.

7.2 Bureau régional

D'importants progrès ont été réalisés concernant l'allègement des procédures administratives. La délégation de l'autorité budgétaire au Représentant a largement facilité le travail du bureau pays. Cependant, des difficultés liées principalement à la lenteur accusée dans le traitement des dossiers persistent. Une meilleure réactivité des services administratifs du Bureau régional est donc nécessaire.

Le Bureau régional devrait appuyer le bureau pays dans l'actualisation du Plan de travail 2002-2003 et intégrer les modifications requises dans son propre plan d'action.

Les membres de l'équipe pays devraient être impliqués dans la définition des priorités régionales et des stratégies qui en découlent compte tenu du rôle important qu'ils doivent jouer dans leur mise en œuvre.

L'appui technique au bureau pays devrait être renforcé par l'intensification des échanges régionaux des membres des équipes pays ainsi que par un traitement plus diligent des requêtes d'appui technique formulées par les pays.

7.3 L'OMS en général

Les documents techniques devraient être envoyés dans leur version française pour qu'ils puissent être accessibles à tous les techniciens du Ministère de la Santé.

Les échanges d'expériences entre les Régions de l'OMS devraient être systématisés pour favoriser les économies d'échelle en matière de recherche et renforcer les connaissances des membres de l'équipe pays.

Les capacités administratives du bureau pays devraient être renforcées, surtout en ce qui concerne l'appui logistique pour lui permettre de faire face aux fortes sollicitations des pays voisins, du Bureau régional et du Siège de l'OMS.

Les outils de planification et d'évaluation devraient être simplifiés et ne plus subir de changements fréquents pour faciliter le travail de planification et limiter le temps qui lui est consacré au sein de l'équipe pays.

L'OMS, notamment le Siège, devrait formuler un mécanisme pour l'application du plan de travail biennal avec la stratégie en concertation avec le Gouvernement.

8 CONCLUSION

Le Sénégal a formulé une politique de santé pertinente en 1989, réactualisée en 1995. La mise en œuvre de cette politique se fait depuis 1997 dans le cadre d'un plan sectoriel décennal de développement sanitaire (PNDS 1997-2007). Ce plan constitue un cadre cohérent et global pour orienter et coordonner l'ensemble des interventions de tous les acteurs du développement sanitaire, avec des objectifs clairs et acceptés par l'ensemble de ses partenaires. Bien que des ressources considérables aient été mobilisées pour sa mise en œuvre, les performances du système de santé demeurent faibles. Ceci se traduit par des taux de morbidité et de mortalité élevés, ainsi qu'une disponibilité et une utilisation largement perfectibles des services de santé.

Les problèmes prioritaires identifiés à partir de l'analyse de situation sont relatifs essentiellement à l'administration générale du système de santé, à la réponse à apporter aux principaux problèmes de santé et à l'accessibilité à des services essentiels de qualité. A cela s'ajoutent un certain nombre de contraintes qui limitent l'efficacité de la coopération de l'OMS avec le Sénégal. La réponse adéquate à ces défis s'articule sur les quatre domaines stratégiques autour desquels devra se structurer l'appui de l'OMS au Sénégal durant les cinq prochaines années. Ces quatre domaines stratégiques sont le développement du système de santé, la lutte contre la maladie, la santé de la reproduction, et l'environnement.

La mise en œuvre efficace des stratégies proposées requerra un certain nombre de changements dans les modalités d'intervention de l'OMS. L'action de l'Organisation devra se concentrer davantage sur les fonctions de conseil technique en matière de politique de santé et tenter d'influer sur des bases factuelles les choix stratégiques du Gouvernement. L'OMS investira davantage dans l'appui à la recherche et au développement, à l'évaluation des performances du système de santé et au développement de stratégies novatrices. Dans le cadre du développement du système de santé, et plus particulièrement en ce qui concerne le renforcement de la fonction administration générale, l'appui de l'OMS revêtira désormais un caractère plus stratégique. En effet, il s'agira d'intervenir de façon plus systématique dans les processus de formulation de politiques et stratégies, et moins dans la mise en œuvre d'activités de routine. Néanmoins, dans le cadre de certains programmes prioritaires de l'Organisation à l'échelle mondiale (éradication de la polio, Initiative Faire reculer le paludisme, Initiative pour un Monde sans tabac), l'OMS continuera d'appuyer des activités de mise en œuvre de programmes spécifiques. Ce changement nécessitera un renforcement des capacités techniques de l'équipe pays et une plus forte implication des experts du Siège et du Bureau régional, qui devront démontrer une plus grande disponibilité dans leurs différents appuis au Sénégal.

ANNEXE 1 DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Diagnostic de la pauvreté au Sénégal, Ministère de l'Economie et des Finances, octobre 2001.
2. Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé 1999, MEASURE DHS+, Groupe SERDHA, DERF, Ministère de la Santé, juin 2000.
3. Évaluation à mi-parcours du PDIS, SANIPLAN GmbH et KIT, mars 2001.
4. Evaluation commune de la Situation du Sénégal, système des Nations Unies, septembre 2001.
5. Lettre de politique sectorielle, Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale, 1997.
6. Plan de travail biennal 2000-2001 de l'OMS avec le Sénégal, novembre 1999.
7. Plan de travail biennal 2002-2003 de l'OMS avec le Sénégal (projet), novembre 2001.
8. Plan national de développement sanitaire et social du Sénégal 1998-2007, mars 1997.
9. Plan stratégique "Pauvreté et Santé" 2002-2006, Ministère de la Santé et de la Prévention, octobre 2001.
10. Priorités du Budget Programme 2004-2005, document AFR/RC51/20, OMS, Comité régional de l'Afrique.
11. Programme de développement intégré de la santé 1998-2002, Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale, 1997.
12. Programme général de Travail 2002-2005 Organisation mondiale de la Santé GPW/2002-2005.
13. Rapport de l'enquête sur les objectifs de la fin de la décennie sur l'enfance (MICS-II-2000), décembre 2000, UNICEF et Gouvernement du Sénégal.
14. Rapport financier PDIS au 30/06/2000, DAGE, Ministère de la Santé.
15. Sector-Wide Approaches to Health Development : an assessment of current practices in Sénégal, Étude OMS interpays, équipe conjointe OMS/Pays-Bas, novembre 1997.
16. Rapport sur la santé dans le Monde, OMS, 2000.

17. Politique de la Santé pour Tous dans la Région africaine pour le 21^{ème} siècle, Agenda 2020, OMS, Bureau régional pour l'Afrique, Hararé, 2000.
18. Coulibaly S., Bah A. (2002). Équité du mode de financement au Sénégal, rapport de consultation pour l'OMS Genève, CESAG, Dakar, Sénégal, 27 p. + Annexe.
19. Letourmy A. (1996), L'assurance maladie obligatoire au Sénégal, analyse et voie d'amélioration, rapport de mission pour le MSPAS et le PDRHI/Santé, juin.
20. Ministère des Finances (2001), Revue des statistiques sanitaires, Direction nationale de Planification, Dakar, Sénégal, document non publié.

ANNEXE 2 PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA SCP AU SÉNÉGAL

Travail préparatoire de l'équipe pays

- Mise en place d'un groupe de travail comprenant les Directeurs et Chefs de service du Ministère de la Santé et des membres de l'équipe pays.
- Répartition du travail pour la rédaction de l'analyse de la situation.
- Collecte des documents de base.
- Réunions du groupe de travail pour la mise en commun et la validation du document d'analyse de situation.
- Envoi du document d'analyse de la situation au Bureau régional.

Première mission de l'équipe SCP (24 septembre, 2 octobre 2001)

- Réunion d'information de l'équipe SCP.
- Mise au courant (Briefing) du Ministre de la Santé sur le processus SCP.
- Analyse du document préparatoire et des autres documents de références.
- Séance de travail avec les membres de l'équipe OMS/pays.
- Séances de travail avec les intervenants du secteur (Gouvernement, partenaires, ONG).
- Élaboration d'un premier projet du document SCP (analyse de la situation et esquisse des axes stratégiques).
- Présentation des axes stratégiques aux membres de l'équipe pays.
- Présentation des axes stratégiques au Ministère de la Santé
- Présentation des axes stratégiques aux partenaires.

Période entre les missions

- Distribution du document aux membres de l'équipe pays.
- Préparation du contenu des axes stratégiques.
- Préparation de la deuxième mission.

Deuxième mission de l'équipe SCP (12-21 novembre 2001)

- Revue et formulation plus détaillée de la stratégie par l'équipe SCP.
- Séances de travail avec l'équipe pays.
- Présentation des axes stratégiques aux responsables du Ministère de la santé.
- Présentation des axes stratégiques aux partenaires.
- Rédaction de la version finale du document de stratégie.
- Elaboration d'une note sur les implications pour le bureau pays.

Finalisation de la SCP

- Envoi du document final au Bureau régional.
- Revue du document lors de la réunion de revue et d'adoption des documents de la SCP à Cotonou du 28 au 30 mai 2002.
- Correction finale du document.
- Envoi de la version corrigée au Bureau régional.

ANNEXE 3 ENGAGEMENTS FINANCIERS DES
PRINCIPAUX PARTENAIRES DU SÉNÉGAL
DANS LE CADRE DU PDIS AU 30 AVRIL
2000

PARTENAIRES	MONTANTS MOBILISABLES AU TITRE DU PDIS (Millions FCFA)
PNUD	258
OMS	1 053
Banque mondiale	35 025
Union européenne	7 304
UNICEF	4 869
FNUAP	1 652
ONUSIDA	60
USAID	11 000
Fonds d'Aide et de Coopération française	4 408
Banque africaine de Développement (BAD)	8 249
Banque islamique de Développement	4 620
Fonds nordique de Développement (NDF)	3 850
Japon	5 473
Allemagne (KfW)	3 353
Belgique	2 266
Canada	1 095
Hollande	1 650
Italie	1 739
Taiwan	1 050
Luxembourg	724
Total	99 698

