



REPUBLIQUE DU SENEGAL



Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

CONCERTATIONS NATIONALES SUR LA SANTE ET L'ACTION SOCIALE

COMMISSION GOUVERNANCE

Rapport Final Décembre 2012

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
I.OBJECTIFS SPECIFIQUES ET RESULTATS ATTENDUS	4
II.LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL DE LA COMMISSION	4
III. DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE LA SANTE AU SENEGAL	7
III-1- Cadre institutionnel	7
III.2- Ressources humaines	7
III.3- Infrastructures, équipement et maintenance.....	8
III-4- Système de référence contre référence	9
III-5- Financement de la santé.....	9
III-6- Politique du médicament.....	10
III-7- Réforme hospitalière	10
III-8- Santé et décentralisation	11
IV. PROBLEMES IDENTIFIES	12
V. RECOMMANDATIONS	19
CONCLUSION	20
BIBLIOGRAPHIE.....	26

INTRODUCTION

Au cours des vingt dernières années, l'Etat du Sénégal a mis en place des politiques, des stratégies et programmes intégrés afin de lutter contre la pauvreté et d'amorcer les leviers d'un développement sanitaire durable. Il s'agit notamment d'assurer :

- Le renforcement de l'accès de toutes les populations aux services sociaux de base qui constitue dans le cadre du développement sanitaire une des orientations majeures du deuxième Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSRP-2) pour la période 2006-2010.
- L'identification d'un cadre macro social en appui à la stratégie nationale de croissance accélérée au cours des assises nationales de l'action sociale organisées en 2008.
- La consolidation du développement économique et social en direction des OMD avec la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES) pour la période 2011-2015. En cohérence avec le document du Plan National de Développement Sanitaire II (2009-2018), cette stratégie est en faveur de la promotion de la santé, de l'accès à des soins de santé de qualité, l'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale.
- L'accès universel aux services de santé : à l'instar du DSRP II, la Stratégie Nationale de Développement Economique et Social (SNDES) est mise en œuvre dans le CDSMT (2013-2015) qui demeure un outil d'opérationnalisation du Programme National de Développement Sanitaire.

Malgré les efforts consentis, et les acquis notés en faveur d'un développement sanitaire durable, équitable, les attentes et besoins sanitaires des populations au Sénégal sont loin d'être satisfaites.

Dans son rapport 2010 sur la santé dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne que le manque de ressources, la dépendance excessive sur les paiements directs, et l'utilisation inefficace et inéquitable des ressources sont parmi les contraintes majeures à l'atteinte de la couverture universelle (OMS 2010). Cela évoque la notion de la bonne gouvernance qui serait synonyme d'une gestion saine et efficace des ressources publiques, l'existence d'un cadre légal favorable, ainsi que la transparence et l'accessibilité à l'information (Banque Mondiale, 1994).

Au sens large du terme, la gouvernance dans le domaine sanitaire concerne les institutions, actions et moyens adoptés par la société pour promouvoir et protéger la santé de la population (Dodgson et al. 2002). Sa qualité requiert l'existence de normes, d'information, d'incitations et de responsabilisation pour optimiser la performance du système sanitaire (Brinkerhoff 2004 ; Fourn et al. 2008 ; Lewis & Petterson 2009 ; Boidin 2011).¹

¹ L'acception institutionnelle de « gouvernance » n'est pas neutre. Elle souligne la multiplication inédite d'autres acteurs que l'Etat dans la mise en œuvre de l'action publique. Dans cette optique, il est judicieux de retenir parmi des centaines de définitions la suivante : « *La notion de gouvernance émerge face au diagnostic d'une « incapacité » des gouvernements à répondre à des problèmes qui leur sont soumis à s'ajuster à de nouvelles formes d'organisation sociale, économique et politique* » (Le Galès, 2006 : 244). La notion de « gouvernance » induit un glissement des politiques publiques portées par le seul Etat, vers une « Action publique » qui implique une série de pôles de décision (une polyarchie) que l'on retrouve dans le secteur de la santé.

Il existe plusieurs modèles d'analyse de la bonne Gouvernance dont celui de la Coopération et le Développement Européen (OCDE 2011) qui rassemble six principes : l'efficacité et l'efficacé, l'obligation de rendre compte, la transparence, la réceptivité, la prospective et la primauté du droit. Dans le domaine de la santé, la bonne gouvernance allie certains principes complémentaires liant l'Etat, les prestataires et les citoyens, tels que la participation et le consensus ; l'équité et l'inclusivité ; la disponibilité de données

Au sein de ces concertations nationales qui sont coordonnées par un Comité de pilotage, le travail de la commission « Gouvernance Santé ²» a consisté à analyser la gouvernance sanitaire au Sénégal, à identifier ses forces et ses faiblesses et à faire des propositions pour la renforcer et/ou l'améliorer. Au préalable, les objectifs et résultats attendus des travaux de la commission seront présentés ainsi que la démarche méthodologique et le diagnostic du secteur. Les problèmes identifiés et les recommandations font l'objet des deux dernières parties du rapport.

I. OBJECTIFS SPECIFIQUES ET RESULTATS ATTENDUS

Les termes de référence de la Commission Gouvernance Santé font référence à trois objectifs principaux :

- La réalisation d'un état des lieux sur la gestion du secteur de la santé y compris les mécanismes de participation des populations, des organisations communautaires de base, des usagers, des mutuelles de santé et du secteur privé, etc. ;
- L'identification des défis actuels et les opportunités pour ancrer la gestion axée sur les résultats au ministère en charge de la santé en assurant l'efficacité de la dépense, la lisibilité des interventions et leur alignement aux priorités nationales ;
- La proposition des mesures pertinentes à prendre par le Gouvernement pour accroître les performances du secteur de la santé sur la base d'une gestion transparente, efficace et responsable, qui respecte les standards en matière d'audit et de contrôle et qui n'exclue pas les parties prenantes dans les processus de prise de décisions.

Les résultats d'un tel travail devraient permettre d'avoir une vision claire des points forts et les points faibles de la gestion du secteur sont connus, ainsi que des rôles et les responsabilités des différents acteurs impliqués dans la gestion du secteur et les mécanismes de collaboration. Enfin, des initiatives sont proposées pour améliorer la gestion du secteur à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

II. LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL DE LA COMMISSION

- Dans le cadre des concertations nationales sur la santé et l'action sociale, la première étape du travail de la Commission Gouvernance a débuté par l'élaboration d'un cadre théorique pour s'accorder sur le contenu et le sens du concept de gouvernance sanitaire.

exploitables et l'éthique (Brinkerhoff & Bossert 2008; OMS 2008; World Bank 2003).

² Les quatre autres thématiques abordées par les concertations nationales sont confiées respectivement aux commissions : Offre de services, prévention, couverture universelle et services d'action sociale. Les travaux de ces différentes commissions sont complémentaires et concourent à la réalisation de l'ambition projet de couverture sociale universelle.

Pour cela, il y'a eu un consensus autour de la notion de « gouvernance » qui induit un glissement des politiques publiques portées par le seul Etat, vers une « Action publique » qui implique une série de pôles de décision que l'on retrouve notamment dans le secteur de la santé. C'est la raison pour laquelle, la charpente du cadre théorique retenu est articulée autour de 5 piliers : la vision, les valeurs, les normes et procédures, les objectifs à atteindre et les leviers stratégiques :

Vision

- Accès universel à des soins de qualité
- Accessibilité géographique, financière et culturelle
- Minimum social santé

Valeurs

- Equité
- Responsabilité
- Transparence
- Préservation de la dignité humaine

Normes et procédures

- Standards nationaux et internationaux de qualité
- Planification : résorption des écarts entre les plans et les modes de mise en œuvre
- Système d'information et de communication
- Utilisation des données à des fins de décision
- Organes de gestion et gestion axée sur les résultats
- Réforme de décentralisation
- Système d'allocation des ressources publiques et planification stratégique (CDSMT)
- Règles de gestion des produits pharmaceutiques

Objectifs

- Vers une gouvernance multidimensionnelle
- Leadership
- Construction d'un consensus pour le changement
- Co-production et changement des acteurs
- Mécanismes de régulation étatiques et auto-régulation
- Ouverture sur l'environnement

Leviers stratégiques

- La réglementation
- Investissements publics et privés
- Culture organisationnelle dans les structures de santé (management, efficacité du système de contrôle, décalage entre textes et pratiques ; gestion du personnel de santé, informations sur le secteur privé, contrefaçons...)
- Participation citoyenne et contrôle citoyen
- Gestion des coûts /tarification : prévisibilité, mutualité,
- La sensibilisation et communication auprès des communautés et prestataires
- Systématisation des bonnes pratiques et résiliences aux dysfonctionnements

- Une deuxième étape du travail de la commission a consisté à la revue de la documentation disponible en matière de gouvernance sanitaire. Les résultats issus de cette analyse documentaire ont identifié les défis, les goulots d'étranglement et ont fondé la pertinence des actions à entreprendre pour améliorer la situation. Plusieurs documents ont fait l'objet d'une analyse approfondie (documents de politique, rapports de recherche, articles scientifiques, coupures de presse). De la systématisation des évidences sur la gouvernance et l'examen des différents documents, il est ressorti que la gouvernance de la santé est abordée selon 10 points essentiels.
 1. Le respect de la carte sanitaire,
 2. L'allocation des ressources sur la base de critères objectifs,
 3. Le développement des ressources humaines,
 4. La gestion et le fonctionnement des structures de santé,
 5. L'amélioration du système d'information sanitaire à des fins de gestion,
 6. Le leadership national et la multisectorialité,
 7. La culture organisationnelle des structures de santé,
 8. Le contrôle citoyen et la participation des communautés,
 9. La transparence, le contrôle et la culture du « rendre compte »,
 10. La subsidiarité et la cohérence des programmes nationaux.

- A la suite de cette revue documentaire, il a fallu explorer d'autres pistes pour permettre au groupe de mieux se fonder une opinion sur la gouvernance du secteur. C'est la raison pour laquelle, la commission a entrepris de recueillir les avis de certains acteurs en organisant des auditions et entretiens clés sur le mode de gouvernance du secteur pour compléter le diagnostic de la situation. Ces auditions et entretiens ont été déroulés suivant une trame globale qui fait état des problèmes majeurs de gouvernance, de leurs manifestations et des moyens et solutions à mettre en œuvre. Les résultats de ces consultations ont été présentés et validés par la commission et ont permis de déboucher sur des travaux de sous-groupes pour l'approfondissement des solutions et recommandations.

Le présent rapport est le produit de la synthèse de ces différentes étapes. Il sera soumis à l'avis des parties prenantes lors des ateliers de partage.

III. DIAGNOSTIC DU SECTEUR DE LA SANTE SOUS L'ANGLE DE LA GOUVERNANCE

III-1- Cadre institutionnel

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les Régions Médicales et périphérique appelé district sanitaire. Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, des Directions (Direction de la Santé ; Direction de la Pharmacie et des Laboratoires ; Direction des Etablissements de Santé ; Direction de la Prévention médicale ; Direction des Ressources humaines ; Direction des Equipements et de la Maintenance ; Direction de la Prévention individuelle et Collective ; Direction de l'Administration générale et de l'Equipement.) et des Services rattachés. Dans le cadre de la gestion du ministère, on note des dysfonctionnements dus à la multiplicité des services rattachés et à la non prise d'arrêtés d'application du décret 2004-1404 du 04 novembre 2004 portant sur l'organisation. Les missions des directions, divisions et services régionaux ne sont pas clairement précisées. Il y a des conflits de compétence. De plus, la réorganisation du système de santé n'est pas arrivée au niveau district qui reste l'unité de mise en œuvre de la politique sanitaire. La conséquence est l'ambiguïté du statut du district dans le découpage sanitaire et administratif. Par exemple, les textes de la décentralisation ne prennent pas en compte le district.

Le Service National d'Information Sanitaire (SNIS) ne prend pas en compte le système d'information médicale des hôpitaux et n'est pas ouvert aux autres secteurs ayant des actions de santé qu'il s'agisse du secteur privé, des autres ministères, des organisations internationales, etc. Les données collectées sont souvent incomplètes et manquent de qualité et d'exhaustivité. Il s'y ajoute une insuffisance de coordination du fait de l'interférence des programmes qui ne tiennent pas compte de la périodicité des rapports fournis par les différents niveaux. Sur le plan de la recherche en santé, on constate une faiblesse du partenariat avec l'Université, les Instituts de recherche et le secteur privé. La coordination de la recherche en santé et l'éthique est assurée par une division. Cependant, il arrive que des activités de recherche au sein du Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) échappent à son contrôle et à sa supervision.

III.2- Ressources humaines

On observe non seulement une non atteinte des indicateurs de couverture en personnel fixés dans le PNDS 1998-2007 à cause de recrutements insuffisants dans les écoles de formation, la non maîtrise de l'embauche de nouveaux agents qui est du ressort de la Fonction Publique mais aussi une inégale répartition sur l'étendue du territoire national avec un déficit en personnel accentué au niveau des zones difficiles et éloignées de la capitale. On observe en effet une sorte « d'exode rural » des personnels de santé en direction sinon de la capitale, tout au moins des grandes villes, quand il ne s'agit pas purement et simplement de « fuite de cerveaux » vers des ONG ou par le biais de réussite à des concours vers des Ecoles ou Instituts de formations de techniciens supérieurs ou de spécialistes.

Des indemnités d'éloignement, la contractualisation des postes dans les structures situées en zones difficiles avec des salaires plus attractifs sont autant de mesures palliatives qui ont été expérimentées mais qui gagneraient à être pérennisées. En conclusion, on note une insuffisance de

ressources humaines faute de mise en œuvre adéquate de la politique de formation, et de gestion du personnel et une inégale répartition, au détriment des localités périphériques. En outre, la politisation de la gestion des structures sanitaires entraîne un recrutement pléthorique d'agents communautaires ou de personnels de soutien. On note un déficit criard de spécialistes médicaux et paramédicaux (puériculture, kinésithérapie, instrumentistes...). Il faut radicalement prendre en compte les mutations intervenues dans le secteur à telle enseigne qu'il est impératif de voir l'émergence de nouveaux métiers.

III.3- Infrastructures, équipement et maintenance

Les objectifs en matière de construction de nouvelles infrastructures n'ont pas été atteints, l'accent ayant surtout été mis sur la réhabilitation des centres de santé. On a également observé des retards dans la construction et l'équipement de nouvelles structures. En témoigne la situation des chantiers des hôpitaux de Fatick et de Ziguinchor ainsi que les centres de santé de Samine, de Goudomp, de Ranérou et de Khombole...etc. Les structures privées de santé (cliniques, cabinets médicaux et paramédicaux, officine de pharmacie, cabinets dentaires, laboratoires d'analyses ...) permettent de résorber le chômage parmi les professionnels de la santé et à certaines couches de la population d'accéder aux soins. Cependant, on note une répartition inéquitable des structures privées à travers le pays. Le contrôle de qualité fait défaut. Les statistiques du secteur privé ne sont pas prises en compte dans le système national d'information sanitaire. Les acteurs de secteur privé ne sont pas souvent pris en compte dans les sessions de formation continue.

On remarque assez souvent le non-respect des normes architecturales dû au fait que les travaux de construction sont attribués inadéquatement à des entrepreneurs inexpérimentés. Par ailleurs, l'achat prématuré d'équipements avant la réception des bâtiments conduit à un stockage prolongé des matériels biomédicaux, entraînant leur détérioration ou leur disparition. Le secteur pharmaceutique est subdivisé en plusieurs entités qui sont : - Direction de la Pharmacie et des laboratoires (DPL) : Elle élabore et veille à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pharmacie, aux médicaments et aux réactifs de laboratoire. Cette direction réglemente l'exercice de la profession pharmaceutique et assure la promotion de la pharmacopée traditionnelle. - Laboratoire National de Contrôle des médicaments (LNCM) : Il a pour vocation le contrôle technique de la qualité des médicaments en collaboration avec la DPL. - Pharmacie Nationale D'Approvisionnement (PNA) : est un établissement public de santé ayant pour mission de permettre l'accessibilité financière et géographique des médicaments de qualité aux populations.

Elle assure l'approvisionnement des pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA), qui à leur tour servent les districts sanitaires, centres de santé et postes de santé. - Grossistes-Répartiteurs : Actuellement au nombre de cinq au Sénégal (LABOREX, COPHASE, ECOPHARM, SODIPHARM, SOGEN) en plus de la PNA, ils importent les spécialités et génériques. Les médicaments sont exonérés de droit de douane hormis le Tarif Extérieur Commun (TEC) qui est de 2,5 appliqué sur tous médicaments importés hors zone UEMOA et CEDEAO - Etablissements de Fabrication. L'industrie pharmaceutique au Sénégal est composée de trois unités qui assurent 10 à 15% des besoins nationaux en médicaments. - Structure de Dispensation : Elles sont représentées par les officines de pharmacie, les pharmacies hospitalières et les dépôts privés. La chaîne de froid essentielle pour les

programmes de vaccination n'a pas été renouvelée depuis 2002 traduisant le problème global d'absence de plan de renouvellement des équipements.

La DEM (Direction des Equipements et de la Maintenance) est très peu fonctionnelle et ne dispose pas de structures décentralisées au niveau des districts et régions médicales et on constate la mise en place très fréquente d'équipements parfois non adaptés et/ou non prioritaires. Le système de gestion de la logistique est défectueux voire inexistant (suivi du mouvement des matières, respect des normes d'amortissement, etc.).

III-4- Système de référence contre référence

L'offre de soins épouse l'architecture de la pyramide sanitaire. Au sommet, l'hôpital constitue la référence, suivi du centre de santé au niveau intermédiaire et des postes de santé au niveau périphérique. Ce dispositif est complété par l'offre du secteur privé à tous les échelons de la pyramide sans qu'il existe, toutefois, une correspondance parfaite entre les plateaux techniques des deux systèmes à chaque niveau. On observe cependant que ce système d'orientation-recours est très fréquemment contourné par les patients, créant des situations d'encombrement dans les grands hôpitaux nationaux.

III-5- Financement de la santé

Selon les documents officiels, le secteur de la santé a reçu au terme du PNDS 1998-2007, un financement de 933,2 milliards de F.CFA. L'Etat a été le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS, avec un apport de 475,96 milliards de FCFA, représentant 51% du financement. Il est suivi par les partenaires extérieurs avec un apport au financement de 249,52 milliards de FCFA, représentant 26,7%. Viennent ensuite les populations et les Collectivités Locales pour respectivement 19,3% et 3%.

Pour le cas particulier des collectivités locales, les contributions financières ont été très en deçà des prévisions pour l'ensemble des deux phases. Dans la plupart des collectivités locales, mais pas toutes, seuls les fonds de dotation arrivent aux structures sanitaires. En plus des différents impôts et taxes, les populations supportent près de 20% des dépenses en santé. Les comptes nationaux de la santé ont également mis en évidence l'importance du secteur privé dans la formation de la Dépense nationale de santé (DNS). Pour l'année 2005, ces comptes évaluent cette contribution à 109,42 milliards sur un total de 254,20 milliards FCFA soit 43% de la DNS. Dans la participation du privé, les ménages occupent, de loin, la première place avec 87%. Les apports financiers de plusieurs partenaires au développement ne sont pas maîtrisés par l'Etat. L'audit régulier des structures de gestion des ressources de la santé (humaines, financière et logistique) n'est pas fait. La culture du « rendre compte » tarde à entrer dans la pratique au niveau des responsables du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Le financement des activités du niveau opérationnel est souvent imputé aux fonds provenant de la participation financière des populations à l'effort de santé, devenus de plus en plus réduits.

Sur le plan de l'assurance maladie, il n'existe pas encore de couverture maladie généralisée à l'ensemble de la population malgré la part importante des ménages dans la prise en charge des dépenses de santé. Le taux de couverture risque maladie se situe autour de 20%. Des couches importantes de la population sont exclues de la couverture de risque maladie (ex : agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, artisans...) malgré l'émergence de mutuelles de santé et d'unions régionales de mutuelles qui constituent le terreau de l'assurance maladie communautaire qu'il convient de stimuler davantage. Le préfinancement du plan Sésame par les structures de santé et le non respect de ses engagements de remboursement par l'Etat mettent les hôpitaux et centres de santé dans des situations de tension de trésorerie et d'indisponibilité de services.

III-6- Politique du médicament

Dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS 1998-2007, des réformes du secteur pharmaceutique ont été entreprises pour assurer l'accès de tous aux médicaments essentiels de qualité et à moindre coût. La politique d'accès aux médicaments essentiels souffre d'une mauvaise gestion à tous les niveaux (PNA, PRA, dépôts de pharmacie) qui entraîne des ruptures fréquentes. L'érection de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) en EPS n'a pas encore donné les résultats escomptés en matière de gestion. Le laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM) ne dispose pas de moyens pour assurer sa mission. Il a des difficultés à mobiliser son budget obtenu par le financement de l'Etat et l'appui de la Banque Mondiale et de l'Union Européenne. La réglementation pharmaceutique n'est pas appliquée dans sa globalité par insuffisance d'inspecteurs assermentés. Le non-respect des marges bénéficiaires sur les médicaments essentiels au niveau des structures sanitaires en est aussi un facteur limitant d'accessibilité aux populations démunies. Le marché illicite des médicaments constitue un réel danger pour les populations et se développe régulièrement. Il représente un chiffre d'affaires de dizaines de Milliards de francs CFA.

Le secteur public accuse un déficit qualitatif et quantitatif en termes de ressources humaines. Il représente seulement 10,6% soit 114 pharmaciens sur 1066 inscrits à l'Ordre. Le personnel utilisé pour gérer les dépôts des formations sanitaires est souvent non qualifié et non formé. La loi relative à l'exercice de la médecine traditionnelle n'est pas encore adoptée mais fait l'objet d'un consensus.

Des études sur l'intérêt économique de l'utilisation des plantes ont été effectuées par l'UCAD et ENDA. Les difficultés dans ce domaine sont liées au fait que les résultats de ces recherches n'ont pas jusqu'ici été vulgarisées et valorisées. La faiblesse de la satisfaction des besoins en médicaments par le secteur industriel pharmaceutique est due aux coûts de production élevés, aux taxes sur les matières premières, à l'étroitesse du marché sénégalais ainsi qu'à la rude concurrence des grands groupes pharmaceutiques. On note un faible investissement dans le domaine de la recherche, une insuffisance dans l'exploitation et la valorisation des résultats obtenus.

III-7- Réforme hospitalière

Selon les documents officiels, le but de la Réforme Hospitalière est d'améliorer les performances des hôpitaux aussi bien sur le plan de la gestion que celui de la qualité des soins. Au sein de l'établissement sanitaire est créé le Conseil d'Administration, qui est une entité chargée de définir les

orientations stratégiques de l'établissement, d'approuver la gestion et de déterminer les actions à mener.

Cette entité dont les membres viennent d'horizons très divers (associations d'usagers, population, municipalités, personnel de l'établissement) n'assure pas la gestion quotidienne de l'établissement sanitaire, qui est confiée à une direction exécutive.

La Commission Médicale d'Etablissement (CME) a été instituée pour permettre l'implication du corps médical à la définition des orientations stratégiques ainsi qu'à l'élaboration du Projet d'Etablissement, mais elle n'a qu'un rôle consultatif. Le Comité Technique, présidé par le Directeur a pour rôle de s'occuper des questions touchant à l'hygiène, à la sécurité et aux plans de formation. Y siègent les représentants de chaque catégorie de personnel.

L'autonomie de l'hôpital est mal assumée, conduisant à plusieurs travers, dont les effectifs pléthoriques et un faible pourcentage de personnel qualifié. On note le retard de mise en place et le faible taux d'exécution des budgets provenant de l'Etat et de ses démembrements. Ces budgets ne répondent pas à des critères d'allocation pertinents. On note une insatisfaction des populations par rapport aux services et la dette hospitalière s'accroît. Tout ceci est le résultat d'une mauvaise gestion et de l'insuffisance de l'implication des travailleurs et des consommateurs dans la planification et le contrôle l'exécution budgétaire.

III-8- Santé et décentralisation

Dans le domaine de la décentralisation, beaucoup de réformes ont été prises pour aboutir à celle de 1996 qui érige la région en collectivité locale. Un transfert de neuf domaines de compétences, dont la santé, de l'Etat central aux collectivités locales a été effectué. Ainsi, les communes et communautés rurales ont la charge d'assurer le fonctionnement et la maintenance des structures sanitaires, qui relèvent de leur aire de responsabilité. Il s'est agi, notamment, de faire face aux difficultés notées dans les relations entre les responsables de la santé et les élus au niveau local. Les rapports souvent difficiles entre ces deux parties prenantes du système au niveau local ont été, entre autres, à l'origine des dysfonctionnements des organes de gestion. Les comités de gestion n'ont pas été installés dans la plupart des structures. Et quand ils le sont, leur niveau de fonctionnalité est resté globalement faible. Par ailleurs, certaines collectivités locales ne libèrent pas la totalité des crédits alloués aux formations sanitaires sous leur tutelle.

De l'avis des deux parties, la décentralisation fait encore l'objet de beaucoup d'incompréhensions entre les professionnels et les autorités locales. La santé est un secteur technique et un domaine de compétence nouveau pour les collectivités locales, alors que leurs capacités administratives sont toujours limitées. Enfin, les collectivités locales sont des entités politiques où les processus de décision n'obéissent pas uniquement à des considérations techniques.

IV- PROBLEMES IDENTIFIES

Le diagnostic des problèmes à partir des différents produits de nos travaux porte sur 9 points majeurs :

1. Une insuffisance du leadership national et défaut de coordination des interventions des partenaires.

Dans la relation avec les intervenants extérieurs, le Ministère ne réussit pas toujours à respecter les priorités nationales. La faiblesse du leadership au niveau du ministère de la santé et de l'action sociale impacte négativement sur les processus de formulation, de mise en œuvre et de suivi des politiques et réformes en santé mais aussi sur la coordination des actions de santé relevant d'autres départements ministériels. Ainsi, il faut noter la faiblesse du leadership à certains niveaux de décisions du Ministère : lenteurs des processus de réformes et non respect des procédures formelles de validation des documents de politiques.

L'importance des actions de santé des départements ministériels en charge de la famille, de l'éducation, de l'eau, de l'assainissement, de la sécurité alimentaire et du commerce est telle qu'un système de coordination piloté par le Ministère de la santé et de l'action sociale est nécessaire pour assurer une synergie des interventions. Cela passe par l'élaboration de cahiers des charges, la mise en place d'un système d'information partagé et la création de cadres de coordination et de concertations formels incluant le secteur privé.

En dehors des départements ministériels, il existe d'autres acteurs comme les collectivités locales, les organisations de la société civile, les comités de gestion et tout type d'acteurs dont les interventions impactent les déterminants de la santé. Pour ceux-là aussi, il est nécessaire de mettre en place de mécanismes formels de coordination appropriés. La coordination de certaines actions de santé doit même être étendue au niveau sous régional. C'est le cas de la gestion transfrontalière des épidémies qui relève des organisations régionales et sous régionales. Le but est de favoriser une réflexivité dans l'action en commun de manière à se donner les moyens de renforcer l'offre de service.

2. Des dysfonctionnements dans le processus de planification et de mise en œuvre des activités sanitaires

Les dysfonctionnements persistent en dépit d'un plan des infrastructures, l'adoption d'une carte sanitaire et la création d'une Direction des ressources humaines et d'une politique en la matière. Les difficultés rencontrées dans la programmation des investissements au niveau du secteur de la santé sont en grande partie dues au non-respect de la carte sanitaire. Certes la carte sanitaire est mise en place par décret. Elle repose sur une approche globale qui tend à organiser d'une manière rationnelle, participative et équitable, l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. Elle définit les différents intrants nécessaires pour répondre de façon optimale et satisfaisante aux objectifs de santé tant au niveau National que régional d'un pays. Cependant ce texte ne semble pas lier toutes parties prenantes notamment les collectivités, les associations d'immigrés ou les bonnes volontés qui ne sont guidés que par l'intérêt de leur terroir. L'Etat lui-même ne respecte pas

toujours la carte sanitaire, pour des raisons politiques essentiellement. Le non-respect de la carte sanitaire est encore plus criant lorsqu'il s'agit de la dotation des personnels de santé. C'est comme si la carte ne réglementait que les constructions. En définitive, il se pose le problème de la gestion de la carte sanitaire en tant qu'instrument de régulation pour assurer la rationalisation des investissements tout en respectant les principes d'équité. Il faut une tutelle plus forte disposant de moyens légaux suffisamment coercitifs pour assurer le respect de la carte sanitaire.

Par exemple, dans le domaine des infrastructures, on note l'existence d'EPS qui n'ont pas de projet d'établissement ou encore des transformations de centres de santé en EPS, sans étude sur les conséquences de cette décision. La réforme hospitalière, qui a transformé les hôpitaux en établissements publics de santé, prévoit que des projets d'établissement doivent soutenir le développement de ces structures pour offrir une meilleure qualité de services aux populations. Cependant, près de quinze ans après l'adoption de la réforme, la grande majorité de ces EPS n'a pas mis en œuvre un projet d'établissement, soit par manque de financement de l'Etat, soit parce que ledit projet n'a pas été élaboré. Ceci pose le problème de planification du développement des EPS et de crédibilité de la réforme elle-même.

En ce qui concerne les ressources humaines, l'analyse situationnelle des effectifs et de leur structure laisse apparaître des disparités qui sont à l'origine d'un dysfonctionnement qui ne favorise pas l'équité dans l'offre de soins. La répartition des ressources humaines par catégorie socio professionnelle, par région et par sexe montre que plus de la moitié des personnels de santé exercent dans la région de Dakar qui abrite moins du quart de la population. La gestion des ressources humaines est assurée par plusieurs départements ministériels, occasionnant ainsi des difficultés récurrentes particulièrement dans le traitement des dossiers des agents. En dépit de l'existence du Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé, l'informatisation de la gestion des ressources humaines en santé, le système d'archivage et le système d'information sanitaire sont encore embryonnaires. Par ailleurs, des difficultés sont également notées dans le système de mobilité des ressources humaines en santé entraînant de ce fait de multiples dysfonctionnements.

Globalement, le déficit en suivi-évaluation doublée d'une insuffisance de cohérence et de précision du cadre de mise en œuvre du PNDS a été à l'origine de plusieurs difficultés, dont la validation des plans opérationnels annuels le retard dans les étapes de restitution.

3. Des disparités existent dans le financement des activités sanitaires à différents échelons de la pyramide sanitaire liées à l'absence de critères pertinents et partagés d'allocation des ressources

On note une non-appropriation du CDSMT comme cadre de programmation et d'exécution budgétaire par le Ministère de la santé. Le système d'allocation des ressources a été à l'origine de disparités dans le financement des programmes et des différents échelons de la pyramide.

Pourtant, les capacités techniques existent maintenant au sein du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale pour conduire le processus CDSMT. Toutefois, il faut déplorer la persistance de la logique de budget fondé sur une base historique. Les responsables de programme au sein du ministère de la santé ont le sentiment que l'exercice CDSMT reste purement théorique car il n'existe

pas actuellement de lien fort entre les objectifs et cibles fixées dans le CDSMT d'une part, et les dotations budgétaires, d'autre part. Pourtant l'existence de ce lien est le préalable du budget par objectifs et de la gestion axée sur les résultats. Il appartient à l'autorité de mettre en place des mécanismes qui obligent la DAGE et les autres chefs de service à se conformer strictement à l'esprit du CDSMT par la mise place d'un système de validation des plans de travail annuel et d'un système d'arbitrage budgétaire avec des critères d'allocation de ressources.

Dès lors, dans la production et la distribution des prestations sanitaires, une attention accrue est accordée à l'atteinte des résultats pour fonder la pertinence de l'allocation des ressources. Un suivi des actions en temps réel sur le système et suivi des données s'imposent de même qu'une planification en phase avec les investissements prioritaires. Par exemple, on note l'existence d'EPS qui n'ont pas de projet d'établissement, contrairement aux textes de la réforme hospitalière ou transformation de centres de santé en EPS, sans étude approfondie sur les conséquences de cette décision.

4. Une non application des textes

L'environnement juridique concernant les dispositions pour la santé publique au Sénégal est favorable. Le problème est l'inapplication de ces dispositions. L'organisation des services administratifs de santé comporte des limites qui ont des répercussions importantes sur la mobilisation et la gestion des ressources financières, matérielles et humaines et même sur la qualité des soins. Le déséquilibre dans la répartition des pouvoirs entre les organes de gestion.

Les marges bénéficiaires des médicaments, les tarifs, la non signature des conventions entre EPS et université en violation des textes de la réforme hospitalière, le non-respect de la loi relative à l'ouverture des dépôts pharmaceutiques, sont autant de défis à relever pour améliorer la gestion et le fonctionnement des structures de santé.

Les textes relatifs à la vente des médicaments stipulent que l'ouverture et la gestion des dépôts pharmaceutiques doivent être supervisées par des pharmaciens d'officine pour garantir une qualité de services correcte. Cependant, des dépôts pharmaceutiques sont ouverts dans l'anarchie la plus totale, sans aucune intervention correctrice de l'Etat et ils constituent un maillon important dans la chaîne de vente illégale de médicaments. Cette situation inquiétante est renforcée par le fait que les sanctions prévues par la loi en cas d'introduction et de vente illégale de médicaments ne sont pas suffisamment dissuasifs.

A cela, il faut rajouter l'exercice privé dans le public qui se traduit par un temps de travail important consacré aux consultations privées et à des réorientations de malades dans les cabinets où ils officient.

Des défaillances dans l'autorité affectent la prestation des services de santé tout comme elles lèsent les patients qui voient leur droit à la santé violé. En lieu et place d'une couverture médicale universelle, les écarts constatés dans la gestion des structures (faiblesse de l'autorité, du maillon intermédiaire, le non respect des conventions) excluent du système des groupes vulnérables, indigents, non instruits et exposés à la chronicité de la maladie.

Les logiques d'alliance (de parenté, d'amitié, ethnique ou confessionnelle) sous-tendent une culture organisationnelle qui fait fi des considérations professionnelles au profit d'intérêts personnels. La mutation des centres de santé en hôpital dans certaines collectivités locales, les rapports difficiles entre maires et médecins chefs de districts, la petite corruption et l'absence de sanctions, la qualité de l'accueil (non application de la charte du malade) dans les structures de santé sont autant de facteurs qui nuisent au bon fonctionnement des structures. De manière générale, les textes, normes et standards ne sont pas mis à la disposition des utilisateurs potentiels ; ce qui fait que les pratiques des différents acteurs ne sont pas harmonisées.

5. Des dysfonctionnements dans l'organisation interne du Ministère

La faiblesse du leadership à plusieurs niveaux de décisions du Ministère hypothèque sérieusement la mise en œuvre correcte des activités dans le secteur. Elle semble être liée en grande partie à la dilution de l'autorité de l'institution ministérielle et de certains de ses responsables.

Si la perte d'autorité des responsables de l'Administration n'est pas spécifique au Ministère, certains aspects de l'organisation et du fonctionnement du Ministère contribuent à l'affaiblissement du leadership et à l'aggravation des défaillances en matière de coordination. L'une de ses expressions les plus manifestes est le non-respect de plusieurs textes, normes et standards régissant le fonctionnement administratif et technique du Ministère, ainsi que l'absence de textes déterminant l'organisation, les attributions et le fonctionnement des directions et divisions du Ministère.

Par exemple, la réforme du district sanitaire est une nécessité pour l'achèvement du projet de réorganisation du Ministère. En effet, le district sanitaire a été créé il y a un peu plus de vingt ans par la circulaire du ministre de la santé publique et de l'action sociale (MSPAS) N°01753 du 15 mars 1991. Cette circulaire, en son point 1 (Principes et définitions de base) précise que le fondement de la création du district est l'engagement du Sénégal à suivre la politique sanitaire des districts préconisée par l'OMS, suite à la conférence d'Harare. C'est ainsi que le premier découpage du pays en districts sanitaires a vu le jour au Sénégal en 1991 avec 42 nouveaux districts à la place des anciennes circonscriptions médicales qui correspondaient strictement au découpage du pays en départements (préfectures). Les districts ainsi créés étaient globalement comparables en tant que zone opérationnelle par rapport à la population couverte (100 à 150.000 habitants), au nombre de centre de santé (1) et de postes de santé (10 à 15) contrairement aux anciennes circonscriptions médicales qui étaient de dimensions très variables. Par la suite, la situation du Sénégal a évolué. D'abord au plan du découpage administratif, le pays est passé de 9 régions à 14 régions et de 30 à 45 départements ce qui, dans une certaine mesure, a contribué à corriger les disparités qui avaient présidé à la création du district sanitaire. Ensuite, la décentralisation intervenue en 1996 a introduit un nouveau changement dans l'environnement du district avec le transfert de compétences en matière de santé au président de région, maire et président de conseil rural respectivement pour la gestion des hôpitaux/centres de santé ruraux, des centres de santé/postes de santé urbains et des postes de santé ruraux. Ce nouveau découpage du pays en régions, villes, communes, communes d'arrondissement et communautés rurales a fini par créer la confusion quant aux rapports entre le district et les institutions issues de la décentralisation.

A l'heure actuelle, le ministère de la santé s'est engagé dans une réforme organisationnelle qui prévoit entre autres la création des Directions Régionales de la Santé et de l'Action sociale à la place des Régions Médicales. Le but visé est une meilleure déconcentration des services de santé notamment en dotant la région de capacités suffisantes dans les domaines de la gestion administrative, financière et comptable pour être en phase avec l'approfondissement de la décentralisation en cours. Le renforcement des capacités doit cependant être étendu au niveau du district sanitaire qui, plus que jamais, doit jouer le rôle de management de la santé qui est le sien. Cela nécessite une réorganisation et surtout une redistribution des tâches au sein de l'équipe de district pour (i) piloter et coordonner les interventions sanitaires au niveau opérationnel dans le respect de la politique nationale en apportant tout le soutien stratégique nécessaire et (ii) assurer la disponibilité et la qualité des soins au niveau des points de prestation de service en commençant par le centre de santé qui sert de référence aux postes de santé. Par rapport à ce nouveau contexte, le cumul de mandats des médecins chefs de districts (à la fois médecins chef de district et médecin de centre santé), qui est encore la règle, est devenu inefficace et source de confusion de rôles.

Ces dysfonctionnements sont renforcés par la faiblesse du contrôle interne dans la plupart des structures et les procédures relatives au fonctionnement desdites structures sont rarement systématisées dans un manuel de procédures. De même, les moyens limités du Service d'Inspection du Ministère faiblement doté en ressources humaines et matérielles au regard de l'importance des tâches, ne militent pas en faveur d'une transparence dans la gestion.

En outre, des profils de postes ne sont pas déterminés pour organiser l'accès aux postes de responsabilités et éviter les nominations dont le manque de pertinence pourrait altérer les relations hiérarchiques. Par ailleurs, les nominations à certains postes, notamment ceux de conseillers techniques, n'ont pas toujours fait l'objet d'un acte réglementaire. Les textes, normes et standards ne sont pas toujours mis à la disposition des utilisateurs potentiels ; ce qui fait que les pratiques des différents acteurs ne sont pas harmonisés.

La production de rapports de mission n'est pas systématisée et quand ils sont produits, les rapports ne font pas l'objet d'une diffusion correcte auprès des différents responsables. L'information sur les activités du Ministère et sur les activités de chaque structure ne fait pas l'objet d'une circulation correcte ; ce qui réduit le potentiel de coordination et de collaboration entre les différentes structures.

Enfin, l'absence d'un système d'archivage électronique des documents rend le Ministère vulnérable face aux aléas de l'archivage personnel qui rend difficile le partage de l'information technique et son utilisation par les différents responsables.

6. Un système d'information peu performant

La non disponibilité des données sanitaires rend difficile la planification des besoins, car elle ne permet pas d'évaluer les risques, de suivre les progrès pour l'atteinte des résultats escomptés, et d'intégrer les bonnes pratiques dans la gestion et les rapports sur le rendement. Les données collectées ne sont pas utilisées pour informer les processus décisionnels (par exemple la carte sanitaire, le budget, etc.).

Le système d'information devrait également fournir des données qui renseignent également sur l'appréciation des prestations sanitaires par les usagers afin de recueillir leurs perceptions en tant qu'indicateur de qualité des soins afin de tenir compte du décalage entre la santé mesurée par les services et la santé « perçue ».

7. Une participation communautaire faible

L'Etat du Sénégal a très tôt compris le rôle important que doit jouer la communauté et particulièrement les populations dans la prise en charge des problèmes de santé. En effet, avant même la conférence d'Alma Ata de 1978 sur les soins de santé primaires, les populations participaient dans une certaine mesure à l'effort de santé. Cette participation s'est essentiellement faite à travers les organisations communautaires, que sont les comités de santé. Ainsi, les comités de santé ont été aussi pour les communautés un moyen de participation à la gouvernance des structures sanitaires.

Les comités de santé ont significativement contribué à l'amélioration de la prise en charge des besoins de santé des communautés, mais ont révélé, dans leur organisation et leur fonctionnement des insuffisances et dysfonctionnements.

Ces insuffisances et dysfonctionnements montrent l'incapacité des comités de santé dans leur mode de fonctionnement (faiblesse organisationnelle et manque de transparence) actuel à promouvoir la bonne gouvernance des structures sanitaires.

C'est pour améliorer l'organisation et le fonctionnement de ces organisations communautaires qu'a été initié un projet de décret visant la réforme des comités de santé. Le projet de décret a pour objet de créer à la place des actuels comités de santé les comités de développement sanitaire (CDS), d'en définir les missions et de fixer les règles qui régissent leur organisation pour mieux les adapter à la politique de santé au niveau communautaire.

Dans cette perspective, l'objectif que s'est assigné la réforme est double. D'une part, mettre fin aux pratiques ou tendances préjudiciables à une saine gestion du secteur et, d'autre part, mieux articuler l'organisation de la politique de santé aux nouvelles compétences des collectivités locales en matière de santé. Les innovations majeures que le projet de décret introduit sont les suivantes :

- la diversification des missions du comité de développement sanitaire ;
- la mise en place de nouveaux organes de gestion et de contrôle ;
- une plus grande représentation des collectivités locales, des mutuelles de santé et des autres associations reconnues au sein des comités de développement sanitaire ;
- une définition plus claire des attributions du responsable de la formation sanitaire ;
- la définition des modalités de répression des infractions commises dans le cadre de la gestion des ressources de la participation communautaire.

8. Un contrôle citoyen faible et un manque de transparence dans les activités de santé

La non transparence se traduit par un manque de contrôle quasi-total et de responsabilité vis à vis des ressources tant au niveau central que local et une culture de la corruption de groupe en lieu et place d'un sentiment de responsabilité professionnelle. Une implication plus effective d'une diversité d'associations de la société civile, de défense des droits de la personne ou encore des droits des patients aurait pu contribuer à améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé. Cependant, ces organisations restent faibles pour effectuer le contrôle des interventions et activités dans formations sanitaires.

Plusieurs facteurs sont à l'œuvre tels que l'inapplication des textes, la faiblesse des mécanismes de contrôle, des normes sociales et culturelles qui favorisent la tolérance vis-à-vis de la corruption. De plus, la politisation de l'administration (clientélisme politique) et le manque de transparence réduisent la crédibilité des institutions publiques et compromettent la confiance du public et des donateurs dans la capacité des autorités gouvernementales à tenir leurs promesses. Il reste difficile pour les partenaires de suivre en temps réel les justificatifs des fonds mis à disposition du Gouvernement. Cette insuffisance plombe sérieusement la poursuite de l'appui financier des partenaires. Des actions sont possibles notamment, en systématisant les contrats de performance à tous les niveaux tout en veillant à ce qu'ils soient suivis d'effets. Le renforcement des capacités locales pour rendre effectif le contrôle citoyen est nécessaire.

9. Le secteur privé faiblement connecté au système de santé

Le secteur privé a connu un essor important. Il est institutionnellement rattaché à une division du Ministère mais continue d'évoluer de façon presque parallèle, tant du point de vue de la coordination des actions pour une couverture plus large, de la gestion des ressources humaines et des structures que de celui de l'intégration des résultats au système d'information sanitaire. Ainsi, les données d'enquête (EDS) révèlent toujours des taux de couverture au delà des résultats colligés par le Ministère (SNIS).

En termes de couverture, le secteur privé délivre des soins de santé mais les données sanitaires ne sont pas disponibles ou sont incomplètes. Du point des ressources humaines, on note un mouvement vers le privé : ces professionnels sont de moins en moins présents et moins motivés à servir dans le public. Dans le domaine des infrastructures, il n'existe pas de critères définis pour en définir les types.

Enfin, la responsabilité sociétale des structures privées reste en souffrance dans une perspective globale de résolution des problèmes de santé. Cette offre privée n'est disponible que dans des aires géographiques urbaines et pose un problème d'accessibilité financière pour les catégories les plus démunies. Les œuvres sociales réalisées par les autres types d'acteurs intervenant dans la santé (ONG, projet, associations) en soutien aux politiques de santé ne trouvent pas d'écho dans le sous – secteur. Globalement, le secteur privé reste en dehors des cadres d'élaboration des politiques et dans les processus décisionnels majeurs du secteur de la santé.

V. RECOMMANDATIONS

Problèmes	Recommandations
Insuffisance de coordination des interventions des partenaires	Procéder à la signature du COMPACT santé dans les meilleurs délais Renforcer les capacités des responsables en leadership
	Redynamiser le cadre de concertations intra sectoriel avec participation et présentation des rapports de performances par les responsables de services de santé
	Réviser le format de la Revue annuelle conjointe (respect de la déclaration de Paris) Finaliser la mise en place de la plateforme multisectorielle des interventions de la santé
Dysfonctionnements dans le processus de planification et de mise en œuvre des activités sanitaires	Elaborer un arrêté ministériel d'application du décret portant carte sanitaire
	Vulgariser les textes sur la carte sanitaire auprès des élus locaux, autorités administratives et les partenaires au développement
	Évaluer systématiquement les projets d'établissement avant toute création d'établissement public de santé
	Évaluer les établissements de santé existants
	Transférer la gestion du fonds de dotation de la décentralisation (FDD) au médecin chef de district
	Mettre sur pied un observatoire des ressources humaines en santé (plan de développement RH, gestion informatisée des ressources humaines, gestion prévisionnelle des RH, manuel de procédures RH)
	Définir une stratégie pour la résolution du déficit en spécialistes
Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation et en assurer le suivi évaluation	
Disparités dans le financement des activités sanitaires à différents échelons de la pyramide sanitaire	Arrimer le budget au CDSMT (Cadre de dépenses sectorielle à moyen terme)
	Renforcer les capacités des responsables au CDSMT
	Promouvoir l'appropriation du CDSMT comme cadre de programmation et d'exécution budgétaire
	Mettre en place le comité (DPRS, DAGE, inspection interne, les partenaires au développement) chargé de l'arbitrage et suivi de l'exécution budgétaire
	Mettre en place un système de validation des plans de travail annuels et un système d'arbitrage budgétaire avec des critères d'allocation des ressources
	Assurer un financement basé sur les performances Systématiser les contrats de performances Systématiser les rapports de performances
Non application des textes (1) existants (1)Textes organisant les services du Ministère et les organes de gestion Textes réglementaires à caractère normatif, portant sur les prestations Textes réglementant les relations avec les autres secteurs et organisations (conventions...)	Renforcer les capacités opérationnelles de <i>l'inspection des affaires administratives et financières</i>
	Publication par le Ministère de la santé d'un rapport annuel sur l'application des textes législatifs et réglementaires, des politiques, normes et protocoles (<i>bilan du secteur basé sur une politique du résultat</i>)

Dysfonctionnements dans l'organisation et le fonctionnement du Ministère	Respect des normes d'organisation des services et unités administratifs (<i>critères de création des directions et divisions...</i>)
	Signature du décret portant organisation et fonctionnement du Ministère
	Elaboration systématique des arrêtés organisant les services du ministère
	Anticiper l'élaboration du projet d'arrêté portant organisation et fonctionnement des directions régionales de la santé
	Systématisation de la description des postes et profils, soutenue par l'élaboration de critères, pour une nomination pertinente aux postes de responsabilités
	Culture du résultat à tous les niveaux du Ministère (<i>systématisation des lettres de missions/contrats de performance pour les responsables à tous les niveaux</i>)
	Mise à concurrence de certains postes clés de responsabilités (<i>à définir</i>)
	Mise à disposition des manuels de procédures administratives, et des manuels de procédures financières et comptables) à l'échelle des services du Ministère
Système d'information peu performant	Informatiser le système d'information sanitaire
	Mettre en place un système d'archivage des informations sanitaires
	Renforcer le système d'information sanitaire des hôpitaux
	Mettre à disposition périodiquement un paquet d'informations sanitaires (<i>à définir</i>) à l'intention du public
	Améliorer le système d'information en prenant en compte les préoccupations des autres secteurs (<i>privé, ONG, autres ministères, sous-systèmes d'information avec des programmes sectoriels non connectés au dispositif global...</i>)
Participation communautaire dévoyée	Promouvoir la culture de rendre compte de toutes les activités sur le plan financier, matériel et humain par le renforcement des organisations de contrôle
	Systématiser le contrôle de la gestion des comités de développement sanitaire
	Mettre en place des mécanismes de contrôle du système avec un bureau d'information et de contrôle ainsi qu'un observatoire national des comportements
	Systématiser les enquêtes de satisfaction au près des bénéficiaires et des usagers
	Définir les modalités et mettre en place des mécanismes obligeant les mandataires à rendre compte à leurs mandants respectifs
	Mettre en place les organes de gestion de ces comités de développement sanitaire et renforcer leurs capacités
	Renforcer les compétences des collectivités locales pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans le processus de transfert de la compétence santé
Faible contrôle citoyen et manque de transparence dans la gestion des activités de santé	Mettre en place des mécanismes pour assurer une participation réelle des parties prenantes dans l'élaboration des plans opérationnels, l'allocation et la gestion des ressources
	Réactiver le principe de la caisse unique (Prestations privées des professeurs)
	Appliquer la convention hospitalo-universitaire

	Développer une stratégie de communication et de concertation avec tous les acteurs
	Rendre publiques les délibérations des conseils d'administration
Secteur privé et médecine traditionnelle faiblement connectés au système global de santé	Mettre en place des mécanismes de partage des informations sanitaires, techniques et RH du secteur privé
	Mettre en place un cadre de concertation pour des échanges et une meilleure synergie des actions
	Renforcer le partenariat entre les ministères techniques notamment entre le ministère du travail et le ministère de la santé
	Définir la Responsabilité Sociétale d'entreprise du secteur privé pour le développement d'innovations sociales dans son environnement
	Faire participer le patronat dans la prise en charge des problèmes de santé des employés au niveau de l'entreprise
	Faciliter la mise en place de fonds de garantie pour les mutuelles et les IPM ainsi que les fonds d'équité et la co assurance.
	Mettre à la disposition des différents acteurs du PPP le document de la politique de contractualisation dans le domaine de la santé ainsi que le guide d'opérationnalisation dudit document
	Appliquer strictement la réglementation des cliniques et des cabinets privés
	Définir les droits, devoirs et responsabilités des tradipraticiens en tant que dispensateurs de soins de santé et les intégrer dans le système de santé
	Réglementer l'exercice de la médecine traditionnelle dans le but de protéger les populations et de combattre le charlatanisme

Au total, l'Etat du Sénégal a pris l'importante décision d'organiser les concertations nationales sur la santé et l'action sociale pour mieux maîtriser les problèmes complexes que connaît le secteur dans notre pays et déterminer les moyens de les résoudre.

En effet, les sociétés n'envisagent plus et n'abordent plus la santé de la même manière ; la santé est devenue une responsabilité conjointe des pouvoirs publics, des entreprises, des collectivités et des citoyens. La santé détermine ce qui constitue une société prospère et une économie dynamique, ainsi que le bien-être de tout un chacun. Il faut en assurer avant tout une bonne gouvernance.

Pour atteindre cet objectif, le groupe thématique « gouvernance » des concertations préconise une gouvernance :

1. **Synergique** qui intègre la collaboration entre les secteurs et les parties prenantes à tous les niveaux, et la nécessité d'adopter des approches nationales et sous régionales,
2. **Mixte** appliquant à la fois des mesures de réglementation et de persuasion,
3. **Adaptable** qui permet au système de s'adapter rapidement et d'anticiper les besoins futurs grâce à de meilleures prévisions, et la promotion de multiples interventions à grande échelle à fort ancrage local et communautaire,
4. **Respectueuse** qui engage les citoyens de manière proactive afin d'encourager la participation, la responsabilisation et l'amélioration des résultats,
5. **Transparente** qui fournit des éléments de preuve et surveille l'éthique et la responsabilité par des organes indépendants (commissions, régulateurs et auditeurs).
6. **Ethique**, axée sur les conceptions du bien, du juste et de l'accomplissement humain avec des actions et des motivations orientées par les valeurs.

Ces propositions sont le fruit d'un processus de consultation et de collaboration de hauts responsables du gouvernement, des experts de la santé, des représentants d'organisations internationales, d'autorités locales, ainsi que des usagers du système de santé.

CONCLUSION : Une gouvernance ouverte, équitable et transparente

Pour optimiser le bonus démographique qui le place sur la rampe du développement pour les prochaines décennies, le Sénégal fait face à des besoins d'accroissement considérable des ressources publiques en faveur de la santé, à la réorientation de sa politique de santé vers la demande et en s'appuyant vers une gouvernance multidimensionnelle faisant intervenir une diversité de types d'acteurs dans la régulation du secteur. Des changements de paradigmes s'affirment pour une gouvernance favorable à la réalisation de la couverture maladie universelle.

1. Opter ouvertement pour une orientation de la politique de santé vers une maîtrise de la demande

Un changement de paradigme s'impose dans la politique de santé car, ce que les citoyens nomment « demande sociale » se traduit par **une exigence d'une intervention publique populaire, plus lisible et davantage cohérente**. Pour se faire, la politique qui organisait l'offre de services est appelée à réaliser sa mutation vers une meilleure orientation centrée sur la demande des usagers. Ce second impératif de gouvernance est **de recentrer la politique de santé vers une meilleure maîtrise de la demande des usagers**. L'accessibilité des services de santé dépend largement de la qualité des services de santé offerts.

Mais, la santé a souvent été sélective. Différentes barrières se sont dressées : les coûts élevés des prestations, des médicaments et des analyses médicales, la faible qualité de l'accueil et de la communication, les conditions matérielles dans les formations sanitaires, la couverture des zones enclavées, la faible qualité des soins pour les populations défavorisées, etc. Or, « la norme de santé accessible la plus élevée » reste un droit humain inscrit dans la constitution de l'OMS. Opter pour une politique de santé tournée vers une meilleure maîtrise de la demande des usagers et de l'adéquation de l'offre aux besoins de couverture large, c'est faire le pari gagnant de réduire voire de supprimer les barrières à l'accès aux services de santé aux personnes non couvertes par un système de protection sociale. C'est aussi organiser une offre de qualité de services couvrant largement les besoins des usagers des services de santé.

De nombreuses expériences ont été tentées avec cependant quelques réussites. Mais, les innovations et améliorations sont le plus souvent restées expérimentales. A présent, les besoins de couverture sont larges et il faut passer à la grande échelle dans les interventions publiques dans le domaine de la santé. **Développons une bonne maîtrise des améliorations et portons les rapidement à l'échelle nationale et en faveur du grand nombre de citoyens.**

2. La santé est multidimensionnelle et appelle une gouvernance multidimensionnelle

La santé a besoin de régulation partagée sous l'impulsion d'un ministère qui devra affirmer plus fortement son leadership dans la conduite de la politique de santé et de l'action sociale. La santé

revêt un caractère multisectoriel. Son potentiel d'impact sur le développement national et sur la qualité de vie des usagers est sans commune mesure. **Elle est donc mobilisatrice des énergies.** Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale devrait plus qu'avant imprimer à sa gouvernance cette fonction de synergie afin d'amener chacun des ministères à planifier et mettre en œuvre sa contribution à l'amélioration de la santé des populations.

A cet effet, une rencontre annuelle avec les principaux départements ministériels sous la présidence du Premier Ministre devrait permettre d'évaluer les résultats obtenus selon une approche basée sur les performances. La proposition déjà faite de mise en place de la Commission macroéconomique Santé et le projet de Décret préparé devrait être examiné et actualisé. **Cette orientation intersectorielle est indispensable pour accroître les ressources destinées à améliorer la santé en faisant contribuer activement et de façon mesurable les autres départements ministériels.**

Aussi, une plus forte implication des collectivités locales dans la gouvernance sanitaire apporterait – elle un ancrage social et politique plus marqué à la couverture maladie universelle. Il est plus réaliste de **décentraliser et d'autonomiser à l'échelle locale et régionale l'effort d'accroissement de la connaissance de la demande des usagers en santé.** Les réformes fiscales s'imposent pour faire en sorte que les collectivités locales disposent de plus de ressources et s'impliquent encore plus dans la couverture santé de proximité.

Il n'est pas possible de faire la santé des citoyens sans les citoyens. **La participation des usagers est donc indispensable à l'atteinte des objectifs d'une santé humanisée, accessible et de qualité.** Les usagers doivent participer activement à la régulation du secteur de la santé. Au Sénégal, la Charte du malade a été mise au point et il reste à en faire un outil actif d'autorégulation. Mais, il faut aller plus loin en impliquant les associations de malades, les associations consuméristes, les organisations de droits humains, les organisations de femmes et de jeunes pour que **la participation et le contrôle citoyen creusent leurs sillons dans les milieux d'exercice de la santé.** Le secteur privé devra pareillement être plus associé à la formulation de la politique et aux stratégies de développement de la santé à l'échelle du Sénégal. Si leur autonomie ne peut être compromise à l'autel de la régulation, il reste **que les espaces de jonction avec les autres acteurs notamment publics sont à élargir.** Le patriotisme économique est davantage partagé car affaires et nationalisme peuvent cheminer ensemble, de même que affaires et éthique. Il est possible de dialoguer avec le secteur privé pour son partage des choix de développement et son implication à la définition de ces choix dans l'intérêt national.

Impliquer ouvertement ces types d'acteurs : autres ministères, tous les ordres de collectivités locales, syndicats, ONG, société civile, partenaires techniques et financiers, secteur privé, c'est **opter pour une gouvernance multidimensionnelle** qui signifie articuler gouvernance horizontale et verticale ou impliquer largement tout en imprimant un leadership national par l'exemplarité.

3. Planifier l'augmentation des ressources publiques de santé

Les années 2000 jusqu'en 2050 ouvrent un nouveau cycle dans le processus de développement en Afrique qui devrait bénéficier du bonus démographique durant cette période. Dans ce cadre, le Sénégal reste parmi les pays qui connaîtront une transition démographique qui s'accélèrera afin de

tirer vers un meilleur équilibre de population. Entre 2012 et 2030, les projections démographiques montrent qu'il y aura au Sénégal deux fois plus d'actifs que d'inactifs alors que jusqu'alors la jeunesse de la population obligeait les chefs de ménages à se retrouver avec un nombre important d'inactifs en charge. Le renouvellement des générations se réalisera durant les 40 prochaines années.

Ce dividende démographique demeure une fenêtre d'opportunité unique pour correspondre au décollage économique du Sénégal à condition d'investir fortement sur la santé, l'éducation, la maîtrise de la fécondité et les emplois massifs et de qualité. Dans le domaine du développement, le Sénégal se trouve face à une opportunité de tirer le meilleur profit du bonus démographique si la planification en faveur des investissements conséquents pour les politiques sociales est organisée à la hauteur des enjeux de population et de développement.

Un impératif majeur de gouvernance réside dans la planification des investissements efficaces et efficients dans la santé. Ces investissements viseraient l'équité pour le grand nombre de citoyens. La couverture maladie universelle donnerait une forte illustration d'une orientation des investissements pour une santé inclusive et de qualité.

BIBLIOGRAPHIE

ANDREWS Matthew, 2003, *Voice mechanisms and local government fiscal outcomes: how does civic pressure and participation influence public accountability in Bringing Civility in Governance*, Shah Anwar Vol. 3 of Handbook on Public Sector Performance, Washington D.C., The World Bank.

BOIDIN B., 2011, La « bonne gouvernance » et les pays en développement : le cas des politiques de santé au Gabon. *Éthique et économie/Ethics and Economics* 8 (2).

BRINKERHOFF Derrick Abt Associates Inc., January 2003, *Accountability and Health Systems: Overview, Framework and Strategies*.

BRINKERHOFF D. 2004, Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy Plan* 19(6), 371-379.

CISSE R. *et al*, 2012, Vulnérabilités et santé sur quatre générations au Sénégal, les Etudes Nationales du LARTES, N°28, ISSN 2230-0678.

DE SARDAN J.P., Décembre 2008, *Afrique : pouvoir et politique, A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique*, Discussion Paper, No. 5.

DEBUYST F, 2001, Acteurs, stratégies et logiques d'action, in : *Savoirs et jeux d'acteurs pour des développements durables*, Debuyt . , Defourny P., Gérard H., (éds), Académia- Bruylant, Population et développement n°9, Louvain-la-neuve, p.115-147.

Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au Développement, Mars 2005

Desclaux A., Et si la pandémie de VIH/sida était une opportunité pour améliorer la pertinence des programmes de promotion de l'allaitement en Afrique ? *Cahiers Santé*, 2002, 12, pp. 73-75

DIEYE A. M., FAYE B., *Pourquoi une formation spécialisée en pharmacie hospitalière pour les pharmaciens hospitaliers au Sénégal et en Afrique*, Université Cheikh Anta DIOP, Dakar Sénégal.

DODGSON R., LEE K. & DRAGER N. 2002, Global Health Governance: A Conceptual Review. *Discussion Paper 1*. London School of Hygiene and Tropical Medicine & WHO.

EBOKO F., 2005, « Patterns of mobilization: political culture in the fight against AIDS », in Amy Patterson, Ed. *The African State and the AIDS Crisis*, Ashgate, Aldershot, 2005 : 37-58.

Economic Community of West African, December 2001, *States Protocol A/SP1/12/01 on Democracy and Good Governance Supplementary to the Protocol relating to the Mechanism For Conflict Prevention, Management, Resolution, Peacekeeping and Security*, Executive Secretariat, Dakar.

FALL A.S., 2003, *Quel façonnement organisationnel des centres de santé en Afrique de l'Ouest*, in, *Une Médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, JAFFRE Y., DE SARDAN J.P., Apad-Karthala.

FALL A.S., VIDAL L., 2006, *Emergence d'une culture, déclin d'une profession, Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte d'Ivoire*, P.U.F., Cahiers internationaux de sociologie, N° 121, pp.239-264.

FOURN L, BODEA G, MEDJIGBODO R, TCHIBOZO H., 2008, Influence de la pratique de la bonne gouvernance sur la qualité des soins maternels au Bénin. *Sciences et Médecine*. Rev. CAMES, Série A. Vol. 06.

FORUM CIVIL., Centre de Recherche pour le Développement International, Bureau pour l'Afrique de l'Ouest, Décembre 2004, *Gouvernance et corruption dans le système de santé au Sénégal*, Rapport Provisoire.

HYDEN G. & BRATTON M., 1992, *Governance and Politics in Africa*, Boulder & London, Lynne Rienner Publishers.

HYDEN G. 1992, "Governance and the Study of Politics", in HYDEN (Goran) & BRATTON (Michael), Eds, *Governance and Politics in Africa*, Boulder & London, Lynne Rienner Publishers: 1-26.

LE GALES P., 2006, *Le città europee: Società urbana, globalizzazione*. Governo locale. Bologna:II, Mulino.

LEWIS M. & PETERSSON G., 2009, *Governance in Health Care Delivery: Raising Performance*. WorldBank Policy Research Working Paper no. 5074. World Bank: Washington, D.C.

LEWIS M., 2006, *Governance and Corruption in Public Health Care Systems*, center for global development, Working Paper, Number 78.

MINISTERE DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE NATIONALE, DE L'ENTREPRENARIAT FEMININ ET DE LA MICROFINANCE, 2008, *Rapport Général, Assises nationales de l'action sociale*.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE, Septembre 1992, *GUIDE DU FORMATEUR EN GOUVERNANCE SANITAIRE, DRAFT*.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE, Juillet 2012, *CADRE DE DEPENSES SECTORIEL A MOYEN TERME CDSMT-SANTE 2013-2015, Préliminaire*.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE, DIRECTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE LA REFORME HOSPITALIERE, SIX ANS APRES, Septembre 2004, *Document Provisoire*.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, Octobre 2006, *Concertation nationale sur le système hospitalier*, Rapport final.

OCDE, 2011, Principaux éléments de la bonne gouvernance. *Direction de la Gouvernance publique et du développement territorial*. Retrieved July 7, 2011, from http://www.oecd.org/document/48/0,2340,fr_2649_33735_1814576_1_1_1_1,00.html.

OMS, 2010, *Rapport sur la santé dans le monde: Le Financement des Système de Santé*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2007, *Bonne gouvernance dans les pratiques pharmaceutiques, promotion de la transparence dans la réglementation et l'acquisition des médicaments.*

REPUBLIQUE DU SENEGAL, MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION, janvier 2009, *Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2009-2018, Version finale.*

USAID, Aout 2007, *Evaluation de la corruption au Sénégal, publication destinée à l'agence des Etats Unis pour le développement international*, préparé par Management Systems International.

USAID, August 2005, *Mainstreaming Good Governance in USAID Health Sector Activities*

USAID, Ministère de la Santé et de la Prévention, Septembre 2009, *Evaluation du système de Santé du Sénégal, 94 p.*

ANNEXES

Planning des activités

Activités	Calendrier (2012)			
	Septembre	Octobre	Novembre	Mi-décembre
Collecte de documents Réunion de cadrage conceptuel sur la gouvernance de la santé				
Revue des évidences sur la gouvernance sanitaire au Sénégal (28 septembre)				
Entretiens individuels avec des personnes ressources (22 Septembre au 10 Octobre)				
Audition des experts sur les éléments de politiques pour une couverture universelle sanitaire (le 08 et 09)				
Atelier de capitalisation sur l'ensemble des produits et validation par la commission élargie (24 Octobre)				
Interrelations à mi-parcours avec les autres commissions sur les évidences et cadre conceptuel				
Rédaction de la synthèse (évidences, cadre conceptuel et auditions)				
Rédaction de la proposition				
Délibérations de la commission sur la proposition				
Synthèse finale et remise du rapport				
Délibérations des concertations nationales sur la santé et l'action sociale				

GRILLE D'AUDITION

PROBLEME	MANIFESTATIONS	GOULOTS D'ETRANGLEMENT	SOLUTIONS ET PAR QUELS ACTEURS	ILLUSTRATION PAR LE TEMOIN D'EXEMPLES DE PRATIQUES DE BONNE GOUVERNANCE