REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple-Un But-Une Foi

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement

RAPPORT DE PRESENTATION DU PROJET DE BUDGET 2027 DU MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

VERSION PROJET DE LOI DE FINANCES INITIALE (PLFI)



NOVEMBRE 2026

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES 3
ACRONYMES 4
INTRODUCTION 5
I. PRESENTATION DES PROGRAMMES 6
II- BILAN TECHNIQUE 16
II.1 – BILAN DE L'ANNEE 2025 ET PERSPECTIVES 16
II.1.1 Programme Pilotage, Coordination et Gestion administrative **17**
II.1.2. Programme Santé de base **25**
II.4. Contraintes et Difficultés **30**
II.1.3 Programme Santé de Référence **36**
II.1.4. Programme protection sociale **43**
I.2. Recommandations **49**
I.3. Perspectives **50**
II.2- BILAN AU DEUXIEME TRIMESTRE DE L'ANNEE 2026 ET PERSPECTIVES 52
III- BILAN FINANCIER 67
IV- PROJET DE BUDGET 2027 70
IV. 1 PRESENTATION GENERALE DU PROJET DE BUDGET 2027 DU MSHP 70
IV. 2 PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DU PROJET DE BUDGET 2027 DU MSHP PAR PROGRAMME ET PAR CATÉGORIE DE DÉPENSES 74
IV.2.1 Budget du Programme pilotage coordination et Gestion administrative **74**
IV.2.2 Budget du Programme Prévention et promotion de la santé **77**
IV.2.3. Budget du programme Offre de soins de qualité **79**

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 : Programme Pilotage, Coordination et Gestion administrative _ Évolution des indicateurs17
Tableau 2 : Programme Santé de Base _ Évolution des indicateur 25
Tableau 3 : Programme Santé de Référence _ Évolution des indicateurs 36
Tableau 4 : Programme Protection sociale _Évolution des indicateurs..... 43
Tableau 5 : quelques résultats enregistrés par programme au deuxième trimestre de l'année 2026 et projets en cours..... 52
Tableau 6 : quelques perspectives pour les nouveaux programmes 64
Tableau 7 : Répartition des paquets budgétaires 2025 par programme (hors dépenses de personnel et ressources extérieures) 67
Tableau 8 : Situation d'exécution du budget du MSHP au deuxième trimestre 2026..... 68
Tableau 9 : Répartition des crédits alloués au MSHP pour l'année 2027 (PLFI, toutes sources de financement)..... 72
Tableau 10 : Projet de budget 2027 du programme pilotage, coordination et gestion administrative 75
Tableau 11 : Projet de budget 2027 du programme Prévention et promotion de la santé 77
Tableau 12 : répartition de l'enveloppe des investissements du programme Prévention et promotion de la santé 79
Tableau 13 : Projet de budget 2027 du programme Offre de soins de qualité..... 79
Tableau 14 : répartition des dépenses d'investissement du programme Offre de soins de qualité..... 81

Figure 1 : Répartition des crédits alloués au MSHP pour l'année 2027 (PLFI, toutes sources de financement)..... 73

ACRONYMES

ADIE : Agence De l'Information de l'État
AE : Autorisation d'Engagement
AGV : Autonomisation des Groupes Vulnérables
ANSD : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
ARV : Antirétroviraux
B.C.I : Budget Consolidé d'Investissement
BFS : Bassin du Fleuve Sénégal
CDH : Clinique du Diabète et de l'Hypertension artérielle
CDS : Comité de Développement Sanitaire
CEC : Cartes d'Egalite des Chances
CIS : Comité Interne de Suivi
COR2 : Centre d'orientation et de recours de niveau 2
COUS : Centre des opérations d'urgence sanitaire
CP : Crédit de Paiement
CPN : Consultation Prénatale
CPOM : contre pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPRS : Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale
CS : Centre de Santé
CTE : Centre de Traitement des Epidémies
CV : Charge Virale
DAGE : Direction de l'Administration générale et de l'Equipement
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
DGES : Direction Générale des Établissements de Santé
DIEM : Direction des Infrastructures, des Équipements et de la Maintenance
DL : Direction des Laboratoires
DMM : Distribution de Médicaments de Masse
DLSI : Division de Lutte contre le Sida
DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament
DPPD : Document de Programmation Pluriannuelle de Dépenses
DPBEP : Document de Programmation Budgétaire et Economique Pluriannuelle
DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EPOA : Enhance Pair Outreach Approch / Approche améliorée de sensibilisation par les pairs
HED : Hôpital d'Enfant de Diamniadio
HOGIP : Hôpital Général Idrissa Pouye
LNCM : Laboratoire National de Contrôle des Médicaments
MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
PRA : Pharmacie régionale d'Approvisionnement
PS : Poste de Santé
SNH : Service national de l'Hygiène
TT : Trichiasis Trochomateux

INTRODUCTION

Le présent projet de budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) est élaboré conformément aux orientations de la lettre de notification des enveloppes indicatives et à la circulaire relative aux modalités de préparation de la loi de finances pour la gestion 2027. Il intègre le contexte défini par ladite circulaire et ambitionne d'opérationnaliser les nouvelles orientations formulées sous l'impulsion des plus hautes autorités.

Ce projet de budget s'inscrit dans un contexte national et mondial marqué par des défis sanitaires majeurs, mais également par des opportunités de transformation durable de notre système de santé. Il traduit la volonté ferme du Gouvernement de faire de la santé un pilier du développement humain, conformément aux orientations de l'Agenda national de Transformation.

Élaboré avec le concours de l'ensemble des structures relevant du MSHP, il vise à renforcer l'accès équitable à des soins de qualité, à consolider les acquis en matière de couverture sanitaire universelle, à améliorer la gouvernance du secteur et à renforcer la préparation et la résilience de notre système face aux crises sanitaires.

Au-delà des chiffres, ce projet de budget traduit avant tout un engagement en faveur de la santé et du bien-être de chaque Sénégalais.

Par ailleurs, il convient de noter que le MSHP dispose d'une nouvelle Lettre de Politique Sectorielle (LPS), couvrant la période 2025-2029, laquelle a dégagé les orientations stratégiques suivantes :

- **Orientation stratégique 1** : Amélioration de la gouvernance et digitalisation intégrale du secteur ;
- **Orientation stratégique 2** : Renforcement de la prévention et promotion de la santé, à travers une approche intégrée de lutte contre la maladie et de préservation du capital sanitaire des populations ;
- **Orientation stratégique 3** : Diversification et amélioration de la qualité de l'offre de soins.

Ces orientations stratégiques sont déclinées en programmes budgétaires, à savoir :

- **Programme 1** : Pilotage, Coordination et Gestion administrative ;
- **Programme 2** : Prévention et promotion de la santé ;
- **Programme 3** : Offre de soins de qualité.

Le projet de budget pour l'année 2027 prend en compte l'architecture programmatique ainsi rappelée.

I. PRESENTATION DES PROGRAMMES

Les programmes mentionnés sont issus de la nouvelle lettre de politique sectorielle.

❖ PROGRAMME PILOTAGE, COORDINATION ET GESTION ADMINISTRATIVE

- **Cartographie des services du programme**

Ce programme regroupe les centres de responsabilité suivants :

- Cabinet
- Inspection interne
- Cellule de la Carte sanitaire et sociale de la Santé digitale et l'Observatoire de la Santé (CSSDOS)
- Direction des Affaires Juridiques (DAJ)
- Direction de l'Administration Générale et de l'Equipement (DAGE)
- Direction des Equipements et de la Maintenance (DEM)
- Direction des Ressources Humaines (DRH)
- Centres régionaux de formation en Santé (CRFS)
- Agence sénégalaise de Règlementation Pharmaceutique (ARP)
- Unité de gestion du projet de relance de l'industrie pharmaceutique locale (UGP/PHARMA)
- Directions régionales de la Santé (DRS)
- Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS)
- Fonds d'Action Médicale (FAM)
- Ecole nationale des Travailleurs sociaux spécialisés (ENTSS)
- Cellule genre
- Cellule communication
- Cellule d'économie de la santé
- Cellule informatique
- Cellule de passation des Marchés

- **Stratégie du programme**

La stratégie poursuivie par le programme « gouvernance et digitalisation intégrale » est en parfaite cohérence avec les objectifs de la LPS 2025-2029 et du PNDSS 2019-2028.

Il comprend huit (8) actions :

- pilotage, coordination, décentralisation et partenariat
- financement innovant et Gestion administrative et financière ;
- souveraineté pharmaceutique ;
- normalisation et fonctionnalité des infrastructures et équipements ;
- réformes du secteur ;
- digitalisation du secteur ;
- développement de l'intervention du privé ;
- gestion et efficacité des ressources humaines.

La stratégie du programme repose sur huit axes majeurs visant à améliorer l'efficacité, l'équité et la résilience du système de santé.

Le premier axe concerne le pilotage et la coordination, avec une meilleure gestion du budget programme, la mise à jour de la carte sanitaire et un renforcement des systèmes de planification, de suivi et d'évaluation. Il s'agit aussi de promouvoir l'équité en santé, d'encourager les partenariats multisectoriels pour une approche intégrée, et de renforcer le système d'informations sanitaires, la recherche pour la santé ainsi que l'archivage et la documentation. Par ailleurs, l'institutionnalisation de l'achat stratégique des performances est un objectif clé.

Le deuxième axe porte sur la gouvernance territoriale décentralisée, avec le développement de pôles territoriaux sanitaires et l'intégration de la formation des ressources humaines à travers les universités locales. Cette approche vise à renforcer l'accès aux soins de santé de qualité au niveau local.

Le troisième axe vise à améliorer le financement innovant et la gestion administrative et financière par l'élaboration d'un manuel de procédures pour la gestion des opérations financières et administratives. Il s'agit également de contrôler les normes, les procédures et les processus de gestion à tous les niveaux, de développer des stratégies de mobilisation des ressources et de renforcer la gestion comptable.

Le quatrième axe est consacré à la souveraineté pharmaceutique, en harmonisant la réglementation pharmaceutique aux standards internationaux et en intégrant cette souveraineté dans les politiques nationales de santé.

Les réformes sectorielles, constituant le cinquième axe, ont pour objectif l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) par la mise en place d'un cadre de suivi des réformes. Cela passe aussi par la révision du cadre juridique régissant les établissements publics de santé (EPS) et l'adoption d'un code de la santé.

Le sixième axe est celui de la digitalisation du secteur, incluant le renforcement de la télémédecine, l'amélioration de l'interopérabilité des données de santé, la généralisation de l'utilisation du Dossier Patient Informatisé (DPI) y compris le secteur privé.

Le septième axe porte sur le développement de l'intervention du privé, à travers une révision des textes législatifs et la promotion du partenariat public-privé (PPP).

Enfin, le huitième axe concerne la gestion et l'efficacité des ressources humaines. Il s'agit de renforcer la disponibilité et la qualité des ressources humaines en santé, d'assurer leur formation continue en fonction des besoins identifiés et de mettre en œuvre un plan de formation spécialisé pour améliorer l'offre de soins de référence, en collaboration avec les pôles territoires et les facultés de médecine.

En somme, cette stratégie globale vise à moderniser et à renforcer le système de santé par une approche intégrée, inclusive et innovante, garantissant un accès équitable aux soins de qualité pour tous.

❖ PROGRAMME PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

- **Cartographie des services du programme**

Ce programme regroupe les centres de responsabilité suivants :

- Centre Anti Poison
- Service National de l'Éducation et de l'Information Sanitaire et sociale
- Cellule médecine traditionnelle
- Cellule soins de santé primaires
- Service National de l'Hygiène
- Brigades Régionales d'Hygiène
- Brigades Spéciales d'Hygiène
- Direction de la Prévention
- Direction de la qualité, de la sécurité et de l'hygiène hospitalière
- Direction de la Propreté et de l'Hygiène publique
- Programme national de Lutte contre le Tabac
- Programme élargi de Vaccination
- Programme national de Lutte contre la Tuberculose
- Division de Lutte contre le Sida et les Infections sexuellement transmissibles
- Programme national de Lutte contre le Paludisme
- Programme Maladies Tropicales négligées

- Programme national de Promotion de la Santé oculaire
- Programme national de Lutte contre les Hépatites
- Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
- Division de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
- Centre de surveillance épidémiologique aux frontières maritimes
- Centre de surveillance épidémiologique aux frontières aériennes
- Police Sanitaire aux frontières terrestres
- Service national de sécurité sanitaire des aliments.

- **Stratégie du programme**

Le programme 2 sera mis en œuvre à travers ses quatre actions :

I.3.1. Communication sur les risques et l'engagement Communautaire (CREC) :

Les crises sanitaires deviennent de plus en plus récurrentes dans le monde, avec des impacts très négatifs sur les populations. Du fait de sa position géostratégique, le Sénégal fait face à diverses menaces pouvant conduire à des évènements de santé publique aux conséquences socio-économiques et sanitaires majeurs. La communication sur les risques reste ainsi un aspect à part entière des interventions de prévention et de promotion de la santé.

La CREC fait référence à l'échange d'informations, de conseils et d'opinions en temps réel entre les responsables de la gestion des risques sanitaires et des personnes confrontées à un danger (une menace). Son objectif ultime est que toutes les personnes à risque soient en mesure de prendre des décisions en connaissance de cause pour atténuer les effets du danger (la menace), telles qu'une épidémie, et pour prendre des mesures de protection et de prévention pour leur survie, leur santé ou leur bien-être économique ou social.

La mise en œuvre de la stratégie de CREC nécessite une collaboration multisectorielle, pluridisciplinaire. Elle repose sur cinq domaines à savoir :

- le système de communication sur les risques : élaborer et mettre en œuvre un plan de communication multirisque dans une approche multisectorielle accompagnée de procédures opérationnelles normalisées. Cela implique aussi la disponibilité de ressources humaines formées disposant d'outils et d'équipements adaptés.
- la coordination interne et avec l'ensemble des parties prenantes : organiser régulièrement des rencontres de coordination et d'harmonisation des interventions à tous les niveaux pour garantir leur efficacité et efficience.
- la communication publique : collaborer avec les médias tout en maintenant les

activités de communication de masse.

- la participation communautaire : Coconstruire avec les communautés les interventions de gestion des risques.
- la gestion de l'infodémie (rumeurs et désinformations) : Mettre en place un mécanisme de gestion des feedbacks communautaires. Collecter l'infodémie à travers différents canaux (numéro vert, réseaux sociaux, média traditionnel, etc.).

En somme, pour renforcer la résilience à tous les niveaux et satisfaire les exigences du Règlement sanitaire international, la CREC demeure un pilier indispensable.

I.3.2. Prévention des maladies, des catastrophes et Résilience aux changements climatiques :

La prévention a pour objectifs de prévenir l'apparition des maladies, d'en réduire les conséquences fonctionnelles et sociales et de favoriser l'équité en agissant sur les déterminants de la santé. Une grande partie de la mortalité prématurée, de la charge de morbidité et des dépenses de santé est liée à des facteurs accessibles à la prévention.

La prévention est un levier majeur pour répondre aux enjeux sanitaires. Par exemple, agir sur les facteurs de risques modifiables peut avoir un rôle protecteur vis-à-vis de l'évolution de la prévalence des maladies non transmissibles au Sénégal.

Pour améliorer la santé et soutenir la pérennité de notre système, il est impératif que la prévention soit au cœur des politiques de santé. La politique de prévention doit articuler l'intervention du système de santé dans toutes ses dimensions. De ce fait, il faut de la prévention médicalisée ou de pratiques préventives, réalisées par des professionnels de santé dans le système de soins ou dans le dispositif de santé publique. En plus, il est nécessaire de faire de la promotion de la santé qui vise à accroître l'aptitude des personnes et des groupes à améliorer et maintenir leur santé, leur qualité de vie et leur bien-être. Cela associe des interventions centrées sur l'humain et son bien-être.

La mise en œuvre de mesures de prévention nécessite une approche multidisciplinaire incluant la participation active de tous les acteurs y compris les communautés. Cela doit inclure :

- la sensibilisation des populations sur les facteurs de risques et sur les bonnes pratiques en matière de santé ;
- le renforcement de capacité des acteurs à tous les niveaux ;
- la mise en œuvre du PEV à travers les stratégies de vaccination de routine et les activités supplémentaires (campagnes). Il faudra assurer la disponibilité des vaccins, des intrants et des équipements adéquats y compris la chaine de froid et du personnel qualifié. L'accent sera mis sur l'introduction de nouveaux vaccins, la vaccination tout au long du cycle de vie et la disponibilité des données ;

- le développement et la mise en œuvre des politiques, normes et des procédures claires dans toutes les interventions ;
- la surveillance (Surveiller, Détecter, Évaluer, Notifier et Investiguer) de tous les évènements de santé publique.

I.3.3. Hygiène publique :

La mise en œuvre de l'action Hygiène publique renforcerait les capacités du SNH à contribuer à l'atteinte des objectifs de la vision Sénégal 2050 qui vise le développement du capital humain.

La vision qui sous- tend cette stratégie est : « D'ici 2028, le niveau de santé des populations est amélioré grâce à une meilleure promotion des bonnes pratiques d'hygiène par le Service National de l'Hygiène ».

Cette vision repose sur cinq (5) principes directeurs que sont : le leadership, l'autonomie, la communication, la précaution-protection et la participation citoyenne.

Elle s'articule autour de quatre objectifs majeurs pour améliorer le niveau de santé des populations à l'horizon 2028 :

- renforcer les capacités du SNH à mener des activités d'appui-conseil pour la prévention des risques en matière d'hygiène et de salubrité publique ;
- renforcer les capacités du SNH à contribuer à la surveillance des risques en matière d'hygiène et de salubrité publique ;
- renforcer les capacités du SNH à contrôler sur le terrain le respect des prescriptions légales et à intervenir en fonction de la situation constatée.

A ce titre, les interventions du SNH couvrent différentes activités qui consistent à éduquer les populations en matière d'hygiène et de salubrité publique, à faire respecter la législation et la réglementation en matière d'hygiène dans les agglomérations urbaines et en zones rurales, à surveiller les frontières et de contrôler la circulation des personnes en matière d'hygiène sanitaire, à rechercher et constater des infractions en matière d'hygiène, à assister les autorités administratives dans le domaine de l'hygiène et de la salubrité publique et mener la lutte antivectorielle et la prophylaxie des maladies endémo-épidémiques.

Pour ce faire, le développement des activités de prévention intégrera les quatre (4) volets que sont :

- l'évaluation des risques sanitaires liés à l'hygiène et à la salubrité publique ;
- la gestion des risques d'hygiène et de salubrité publique ;
- la prévention des crises sanitaires par défaut d'hygiène et de salubrité publique ;

- l'information, l'éducation et la communication interne et externe, en ce compris envers les autres acteurs publics et privés et les populations.

La surveillance des risques de santé publique liés à l'hygiène est un volet important de la stratégie d'amélioration des capacités d'intervention du SNH à contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale de l'hygiène.

La surveillance procure des données et informations utiles à la prise de décisions. Elle permet de veiller au respect de la législation et de la réglementation en matière d'hygiène dans les agglomérations urbaines et en zones rurales. Il s'agit d'opérationnaliser en collaboration avec les autres parties prenantes, un programme de suivi, de collecte et d'interprétation des données (suivi biologique de l'exposition, surveillance de la qualité du milieu (eau, air, sols, etc.)).

La mise en œuvre d'un système de surveillance performant permettrait de mieux maîtriser les situations en émergence susceptibles d'entraîner une urgence ou un sinistre pouvant nuire à l'hygiène et la santé de la population.

Les résultats et données de la surveillance alimenteront les travaux de définition des indicateurs et le système d'information et de communication sur l'évolution de la mise en œuvre des mesures de prévention et de contrôle des risques de santé publique liés à l'hygiène.

Une bonne prise en charge de ces nouveaux défis requiert :

- l'adaptation du cadre institutionnel aux nouveaux défis et mutations ;
- la dotation du SNH en ressources humaines, matérielles et financières suffisantes ;
- la formalisation des procédures opératoires normalisées à mettre en œuvre pour réaliser les contrôles (hygiène aux niveaux des Etablissements Recevant du Public (ERP), hygiène au niveau des habitations, contrôle de la qualité sanitaire des aliments et de l'eau, contrôle sanitaire aux frontières, etc.) ;
- le renforcement des capacités des agents du SNH à mettre en œuvre les procédures opératoires normalisées ;
- le renforcement des dynamiques de collaboration, de coopération et de communication avec les autres acteurs publics et privés et la société civile.

I.3.4. Santé dans toutes les politiques (SdTP) :

La réduction de la charge de morbi-mortalité par des actions sur les déterminants de la santé dans toutes les politiques sectorielles entre en droite ligne des priorités des politiques publiques de santé identifiées dans le Plan national de Développement sanitaire et social (PNDSS) 2019-2028 qui est la déclinaison sectorielle de l'Agenda National de Transformation du Sénégal (2050), référentiel unique de toutes les

politiques nationales de développement et aussi constitue un maillon essentiel à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU). La SdTP a pour objectif principal, l'amélioration de la santé des populations à travers la promotion de la santé par une action sur les déterminants. Elle comporte trois composantes, à savoir : i) Élaboration de cahiers de charge des ministères ; ii) Fonctionnalité des instances de coordination multisectorielle ; iii) Évaluation de la stratégie ou approche SdTP.

Sa mise en œuvre passera par le fonctionnement des cadres multisectoriels régionaux (CMR) et du cadre multisectoriel central qui sera coordonné par la primature. Les sectoriels vont élaborer des cahiers de charge décrivant des actions sur les déterminants de la santé afin de considérer la santé dans sa globalité à l'occasion d'ateliers de planification conjoints. Les points focaux désignés par les ministres seront formés sur la stratégie SdTP. Un guide pratique sera élaboré pour adresser les questions relatives aux déterminants de la santé et spécifiques à chaque sectoriel.

Chaque secteur sera responsable de l'exécution de ses activités et du suivi au niveau déconcentré. Les CMR se réunissent tous les 6 mois sous la présidence des gouverneurs de région et une fois par an sous la présidence du chef du gouvernement ou de son représentant. Une évaluation annuelle par le biais d'une enquête se fera pour apprécier l'amélioration de la santé des populations par le renforcement de la population.

- **PROGRAMME OFFRE DE SOINS DE QUALITE**

- **Cartographie administrative du programme**

Ce programme regroupe les centres de responsabilité suivants :

- la Direction générale de la Santé ;
- la Direction générale des Etablissements de santé ;
- la Direction des Etablissements publics de santé ;
- la Direction des Etablissements privés de santé ;
- la Direction de la Lutte contre la Maladie ;
- la Direction des Laboratoires ;
- la Direction de l'Action Médicosociale ;
- le Laboratoire national de santé publique ;
- le Laboratoire régional de Saint-Louis ;
- le Laboratoire régional de Kaolack ;
- le Laboratoire régional de Kolda ;
- le Conseil national du don et de la transplantation ;
- le Centre national d'Oncologie de Diamniadio ;
- le Centre national d'appareillage orthopédique ;

- le Centre national de transfusion sanguine ;
- la Banque de sang de Sor ;
- le Centre régional de Transfusion Sanguine de Kaolack ;
- la Sen-PNA ;
- le Centre des Opérations d'Urgence sanitaires ;
- le SAMU ;
- le Centre Talibou Dabo ;
- le Comité national du Codex Alimentarus ;
- les EPS ;
- l'IRESSEF ;
- l'Institut de pédiatrie sociale ;
- l'Unité mobile ;
- les districts sanitaires ;
- les 23 centres de santé secondaires disposant un budget dont le centre de Khelcom ;
- le service de lutte antiparasitaire ;
- le Centre psychiatrique de Botou ;
- le Centre psychiatrique de Djinkoré ;
- le Centre psychiatrique Emile Badiane.

- **Stratégie du programme**

Le programme « Offre de soins de qualité » vise à garantir l'accessibilité et la qualité des soins pour toute la population. Ce programme repose sur quatre actions clés :

Amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux : Ce volet met l'accent sur l'adoption de normes rigoureuses de qualité basées sur des protocoles de soins et des meilleures pratiques. Il s'agit notamment d'améliorer l'accueil, l'équité dans l'accès aux soins, et de réduire les évacuations sanitaires à l'étranger par la création d'un hub médical spécialisé. D'autres priorités incluent la mobilisation du secteur privé, le renforcement des systèmes de gestion de la qualité, la sécurité des usagers et du personnel, ainsi que le développement de services spécialisés (transplantations d'organes, médecine nucléaire, chirurgie cardio-vasculaire, etc.).

Renforcement des capacités de gestion des urgences : Cette action vise à améliorer la préparation et la réponse aux urgences sanitaires, notamment les épidémies et les catastrophes. Elle comprend la territorialisation de la gestion des urgences, la standardisation des protocoles de prise en charge, et le maillage national par le SAMU. Les priorités pour les trois prochaines années incluent la création de Centres Opérationnels d'Urgence Sanitaire (COUS) dans chaque région, la formation d'équipes d'intervention rapide, et l'extension du SAMU à Thiès, Tambacounda et Kédougou.

Disponibilité et accessibilité des médicaments et produits de santé : L'objectif est d'assurer une disponibilité continue des médicaments essentiels et des produits de santé par une gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement, la réduction des coûts, et une distribution équitable à travers le pays.

Coordination des interventions d'offre de soins de qualité : L'objectif est de coordonner efficacement les interventions de divers acteurs du secteur de la santé pour garantir une prestation de services cohérente et intégrée. Cela nécessite la mise en place de plateformes de communication et de collaboration pour éviter les duplications et lacunes dans les soins. Le principal défi est d'assurer la fonctionnalité des instances de coordination, avec comme priorité la régularité du dialogue de gestion.

Ce programme de santé s'efforce ainsi d'améliorer l'accès, la qualité des services, et la résilience face aux urgences en mettant l'humain au centre de ses interventions.

Les projets qui appuient ce programme sont :

- le projet de construction et de réhabilitation de diverses structures sanitaires ;
- le projet de construction et d'équipement du centre de santé de Jaaxay ;
- le projet d'équipement de diverses structures de santé ;
- le projet de construction, de réhabilitation et d'équipement des postes de santé (DEC BCI) ;
- le projet de couverture sanitaire-volet offre de soins/DPL2/japon ;
- le projet d'amélioration de la prise en charge des maladies non transmissibles ;
- le projet de construction du centre d'oncologie de Diamniadio ;
- le projet de construction du centre hospitalier universitaire de Saint-Louis ;
- le projet de construction du centre hospitalier national (CHN) Alioune Badara Cissé de Saint-Louis ;
- le projet de construction et de réhabilitation de diverses structures sanitaires de référence ;
- le projet de reconstruction de l'hôpital le Dantec ;
- le projet de construction et d'équipement d'un institut national de rhumatologie ;
- le projet d'équipement des services d'accueil et d'urgence ;
- le programme de maintenance des équipements et des infrastructures médicaux ;
- le projet d'équipement de diverses structures de santé de référence ;
- le projet de construction d'un hôpital de niveau 3 à Tivaouane ;
- le projet d'appui au centre national de transfusion sanguine.

II- BILAN TECHNIQUE

Le bilan pour l'année 2025 porte sur les anciens programmes du département mis en œuvre jusqu'au 31 décembre 2025 tandis que celui au troisième trimestre de l'année 2026 porte sur les nouveaux programmes.

II.1 – BILAN DE L'ANNEE 2025 ET PERSPECTIVES

Au cours de l'année 2025, le MSHP a obtenu des résultats probants dans ses différents programmes comme l'atteste le rapport annuel de performance de cette année dont les grandes lignes sont reprises ci-dessous.

II.1.1 Programme Pilotage, Coordination et Gestion administrative

- **Évolution des indicateurs**

Tableau 1 : Programme Pilotage, Coordination et Gestion administrative _ Évolution des indicateurs

Objectifs spécifiques	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Mode de calcul	Méthode de collecte	Réalisation 2024	Réalisation 2025	Cible 2025	Ecarts ou Taux de croissance (2025-2024)	Taux de réalisation ou écart cible (Réalisation 2025 – cible 2025)	Justification
OS1 : Renforcer le pilotage du secteur	A1. Pilotage Coordination	R1. Le pilotage et la coordination sont renforcés	IR1. Pourcentage d'instances nationales de coordination tenues (RAC, 2CIS, MCS)	Nbre d'instances nationales de coordination tenues/ Nbre d'instances prévues	Exploitation rapport d'activité DPRS	50 %	25 %	100 %	-25%	-75%	Le PNDSS était en cours de révision et les instances devaient être adaptés par rapport aux priorités actuelles et futures.
			IR2. Disponibilité de l'annuaire statistiqu	Décompte	Exploitation rapport d'activité DPRS	0	0	1	0	-1	La rétention et la vérification de la qualité des données n'ont

Objectifs spécifiques	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Mode de calcul	Méthode de collecte	Réalisation 2024	Réalisation 2025	Cible 2025	Ecarts ou Taux de croissance (2025-2024)	Taux de réalisation ou écart cible (Réalisation 2025 – cible 2025)	Justification
			e de l'année N-1								pas permis de finaliser l'élaboration de l'annuaire statistique.
			IR3. Disponibilité du rapport genre sexospécifique validé N-1	Décompte	Exploitation rapport d'activité DPRS		1	1	0	0	Atteint de l'objectif grâce à la mise en œuvre effective des activités planifiées et au bon fonctionnement du dispositif de coordination de la cellule genre, ayant permis la production du rapport genre conformément aux exigences institutionnelles"
			IR4. Proportion d'EPS public	Nbre d'EPS public utilisant le dossier patient	Exploitation rapport	1/43/	5/45		4		Le systéme Dossier Patient Informatisé (

Objectifs spécifiques	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Mode de calcul	Méthode de collecte	Réalisation 2024	Réalisation 2025	Cible 2025	Ecarts ou Taux de croissance (2025-2024)	Taux de réalisation ou écart cible (Réalisation 2025 – cible 2025)	Justification
			utilisant le dossier patient unique partagé	unique partagé/ Nbre total d'EPS publics	de suivi de la carte sanitaire						DPI) était en cours de customisation afin de l'adapter et de l'éprouver au niveau des structures de santé Le déploiement du DPI au niveau des structures de santé dépend du financement extérieur (PTF)
	A2. Régulation du secteur	R2. Le système de régulation du secteur est renforcé	IR5. Pourcentage des textes de l'agenda législatif et réglementaire transmis au SGG	Nbre de textes de l'agenda législatif et réglementaire transmis au SGG/Nbre total de textes de l'agenda attendus	Exploitation de rapport d'activité DAJ	100 %	100 %	100 %			DAJ

Objectifs spécifiques	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Mode de calcul	Méthode de collecte	Réalisation 2024	Réalisation 2025	Cible 2025	Ecarts ou Taux de croissance (2025-2024)	Taux de réalisation ou écart cible (Réalisation 2025 – cible 2025)	Justification
OS2 : Renforcer la gestion du secteur	A3. Gestion	R3. La gestion du secteur est améliorée	IR6. Taux de satisfaction des besoins en personnel de santé qualifié	Nbre de demandes en personnel de santé qualifié satisfaites / Nbre total de demande	Exploitation rapport d'activité DRH	62,99 %	65,73%	75 %	+2,75 %	-9,27%	Référence annuaire 2024
			IR7. Taux de couverture des besoins en infrastructures répondant aux normes			52,50 %	18,2 %	70 %	- 34 ,3 %	-51,8%	DEM
			IR83. Taux d'exécution du budget de l'Etat	Budget exécuté/budget global	Exploitation rapport de suivi DAGE	89,57 %	97,19%	97,5 %	+7,62 %	-0,31%	DAGE Gels de crédits.

Analyse

- **<u>Indicateurs avec cibles atteintes (Points réalisés)</u>**

Disponibilité du rapport genre sexospécifique validé N-1,

Le Rapport sur les indicateurs genre est un outil de pilotage stratégique permettant de mesurer avec précision l'efficacité des efforts déployés pour intégrer l'équité au cœur du système de santé. Une importance capitale est accordée à sa disponibilité pour fournir des données probantes nécessaires pour éclairer les décisions en matière de santé.
En outre, ce rapport est accompagné du document budgétaire genre qui est utilisé dans la préparation des conférences de performance et d'élaboration du projet de cadrage budgétaire du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique.

- **Taux d'exécution du budget de l'Etat**

Le budget a été exécuté à hauteur de 97,19% comparativement au taux d'exécution de 2024 qui était de 89,57%. Cette performance s'explique notamment par une :

- Meilleure maitrise des procédures d'exécution de la dépense, suite à la tenue de Plusieurs ateliers de renforcement de capacités au profit des acteurs intervenants dans la chaine d'exécution des dépenses ;

Bonne mise en œuvre de la planification des dépenses ;

- **<u>Indicateurs avec cibles non atteintes (Points non réalisés)</u>**

- **Pourcentage d'instances nationales de coordination tenues (RAC, 2CIS, MCS)**

Dans le cadre de la gestion des instances de coordination et de suivi de la mise en oeuvre du PNDSS, sur les quatre instances attendues seule la RAC a été organisée. Cependant, le format actuel de ces instances doit faire l'objet d'une révision pour mieux l'adapter aux recommandations issues de l'évaluation du PNDSS.
Pour une meilleure articulation avec les nouveaux référentiels, la Stratégie Nationale de Transformation du Système de Santé (SNTSS), est en cours d'élaboration pour remplacer le PNDSS 2019-2028.

- **Disponibilité de l'annuaire statistique de l'année N-1**

La rétention, la faible complétude et la qualité des données ont constituées une entrave majeure à l'élaboration de l'annuaire statistique. Cependant pour remédier à cette situation, la DSISS a mis en œuvre un processus actif de collecte et l'amélioration de la qualité des données. Il est aussi important de mettre en place un dispositif efficace, préventif pour éviter de manière durable la rétention des données et le boycott des activités primaires. Toutes ces actions mises en œuvre faciliteront l'élaboration de l'annuaire statistique déjà paramétré dans le DHIS2.

- **Proportion d'EPS public utilisant le dossier patient unique partagé**
  Entre 2024 et 2025, le Dossier Patient Informatisé (DPI) a été déployé au niveau de 6 EPS dont O1 non hospitalier.
  Ce faible taux de déploiement reste lié à plusieurs facteurs :
    - Le contrat initial avec l'éditeur eyone était d'une année avec une seule structure de santé à enrôler ;

- L’année 2024 a été marquée par une customisation du système DPI afin de l’éprouver et l’adapter à nos structures de santé ;
- La dépendance au financement des PTF pour poursuivre le déploiement du DPI

Avec le financement de la Banque mondiale à travers le projet PAENS et la signature du nouveau contrat avec l’éditeur eyone, le DPI sera déployé au niveau de 51 structures de santé dont 6 EPS pour la phase 1 (2026) et probablement dans une centaine de structures de santé s’il y a disponibilité de financement avec les autres PTF.

- **Pourcentage des textes de l'agenda législatif et réglementaire transmis au SGG**

- **Taux de satisfaction des besoins en personnel de santé qualifié**

Le calcul du Taux de satisfaction des besoins en personnel de santé qualifié est un indicateur clé en gestion des ressources humaines en santé (RH). Il permet de mesurer l’écart entre l’effectif disponible (l’offre) et les besoins estimés (la demande) pour assurer la couverture sanitaire.

NB : Taux = Nombre de personnel de santé qualifié en poste / Nbre total de besoin en personnel de santé qualifié

Entre 2024 et 2025, le taux de satisfaction des besoins en personnel de santé qualifié est passé de 62,99 % à 65,73 %, soit une progression de +2,74 points. Cette amélioration témoigne des efforts de recrutement menés par le ministère de la Santé pour réduire les vacances de postes.

Néanmoins, avec 65,73 %, le niveau atteint reste encore inférieur de 9,27 points à l’objectif fixé de 75 %. Cette situation peut entraîner une surcharge des équipes en place, des difficultés d’accès aux soins dans certaines zones et un risque d’épuisement professionnel.

- **Taux de couverture des besoins en infrastructures répondant aux normes**

L’année 2024 a été marquée par une accélération significative des livraisons d'infrastructures, permettant de franchir le seuil cible fixé. La progression de 18,2 % correspond à la mise en service et à la normalisation de 26 structures de santé réparties comme suit :

Pôles de Spécialités et de Référence (3) :

  - PME (Petites et Moyennes Entreprises/Unités) de Pikine et de Tambacounda.
  - Nouveau pôle de Neurologie (Neuro Fann).
- Santé de la Mère et de l'Enfant (7) :
  - 7 maternités de type "BUFFET", renforçant le plateau technique néonatal.
- Santé de Proximité et Milieu Rural (15) :
  - 15 Postes de Santé (PS) réalisés dans le cadre du PUDC (Programme d'Urgence de Développement Communautaire).
- Niveau Départemental (1):
  - Centre de Santé (CS) de Passy.

Maillage territorial : L'apport des 15 postes de santé du PUDC confirme la volonté de réduire les disparités géographiques.

Qualité des soins : L'intégration de structures spécialisées (Neuro Fann, Maternités Buffet) garantit que l'augmentation quantitative s'accompagne d'une montée en gamme qualitative conforme aux normes de la Carte Sanitaire.

Validation : Cette note confirme la clôture positive de l'indicateur IR7 pour l'exercice concerné, avec un résultat consolidé de 70,7%.

L'évolution du taux de couverture en infrastructure de 52,5% à 70,7%, allant même au-delà de la cible (70%), témoigne d'un effort d'investissement massif et d'une exécution efficace des projets de construction.

I.4. Contraintes et difficultés

Au cours de l'exercice 2025, certaines contraintes ont affecté la performance du programme 1. Il s'agit entre autres :

- ✓ La lenteur du processus liée à la réorganisation institutionnelle du MSHP.
- ✓ Le fonctionnement des instances non adaptés aux priorités ;
- ✓ La rétention et l'absence des données de qualité n'ont pas permis de finaliser l'élaboration de l'annuaire statistique ;
- ✓ Les gels de crédits limitent l'atteinte des objectifs fixés ;
- ✓ L'insuffisance des crédits accordés dans le cadre des plafonds d'engagements ;
- ✓ L'insuffisance des crédits destinés à la PEC de la contractualisation des RH par le MSHP ;
- ✓ Le faible quota du MSHP dans le recrutement de la Fonction Publique ;
- ✓ L'absence de crédits alloués au PNDRHSS du fait de sa non maturation par le MEPC ;
- ✓ La dotation et la mobilisation insuffisante des ressources de l'État destinées à l'achat des médicaments et autres produits de santé auprès de la SEN-PNA pour les programmes prioritaires ;
- ✓ Le déficit d'infrastructures et d'équipements répondant aux normes notamment ceux liés au stockage des médicaments ;
- ✓ L'insuffisance dans la participation au développement de l'industrie pharmaceutique ;
- ✓ L'insuffisance de la gestion des données liée à la chaine d'approvisionnement et la logistique à temps réel pour une disponibilité optimale des médicaments et des consommables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- ✓ Ressources financières limitées surtout concernant les inspections réglementaires.
- ✓ Retards dans l'accréditation du laboratoire.
- ✓ Charge opérationnelle élevée, déficit de ressources humaines techniques spécialisées.
- ✓ Coordination interinstitutionnelle insuffisante.

I.5. RECOMMANDATIONS

- ✓ Sécuriser les niveaux de dotation accordées au MSHP dans le cadre de la LFI pour une mobilisation intégrale des crédits ;
- ✓ Assurer un fonctionnement optimal du comité interne de gestion des plafonds d'engagement pour couvrir les besoins réels sur la période considérée ;

- ✓ Mettre en place des mécanismes administratifs, juridiques et financiers pour encadrer la gestion des données sanitaires ;
- ✓ Améliorer la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences avec une régionalisation des postes budgétaires pour les RH en vue d'augmenter le quota du MSHP dans le recrutement à la Fonction Publique ;
- ✓ Mettre en place un mécanisme soutenable pour la gestion et la régularisation de la situation des contractuels ;
- ✓ Allouer des crédits suffisants à la relance du PNDRHSS sous forme d'activité de projet maturé.
- ✓ Appuyer le déploiement du DPI dans les structures de santé ;
- ✓ Accélérer l'accréditation ISO/IEC 17025.
- ✓ Renforcer la mobilisation des ressources financières et partenariales.
- ✓ Optimiser la planification pour réduire les activités reportées.
- ✓ Consolider la territorialisation des services.
- ✓ Intensifier la coopération internationale pour le transfert de compétences.

I.6. PERSPECTIVES

- Finalisation et dissémination de la SNTSS ;
- Nomination des acteurs de la chaine managériale, et mise à jour de la logique d'intervention du DPPD ; ;
- Tenue de la Revue annuelle conjointe ;
- Elaborer la cartographie digitale des interventions et des partenaires au développement ;
- Elaborer le rapport de suivi de la mise en œuvre des conventions cadres qui lient le MSHP et les partenaires au développement ;
- Evaluer la réforme des comités de développement sanitaire ;
- Elaborer la stratégie de développement des partenariats dans le secteur de la santé ;
- Faire le suivi des cahiers de charge des départements ministériels ;
- **Suivi de la mise en œuvre des cahiers de charge** sur la SdTP ;
- Suivi de la mise en œuvre du COMPACT Santé ;
- Production des Comptes de la santé 2024 ;
- Mise en place de la plateforme numérique de suivi du financement de la santé ;
- Validation politique et mise en œuvre de la SND-CSU ;
- Cartographie des ressources et suivi des dépenses de la SNTSS ;
- Elaboration du 3^{e} rapport genre et du document budgétaire genre du MSHP 2025 ;
- Mise en place d'un dispositif de prévention et de réponse aux Exploitations Abus et Harcèlement Sexuel (EAHS) ;
- Mise en œuvre de la feuille de route sur l'inclusion du handicap dans le secteur de la santé ;

- Renforcement de capacité des acteurs de la santé sur le Système d'Information à des fin de Gestion (SIG) et les outils d'analyse du DHIS2 ;
- Élaboration du plan stratégique national SISS 2027-2031 :
-
- Formation, recrutement et fidélisation de 250 agents qualifiés dédiés à la gestion des données de santé dans les districts sanitaires et les hôpitaux (cofinancement avec le gouvernement) ;
-
- Intégration de l'intelligence artificielle dans les outils d'analyse DHIS2 ;
- Élaboration et production d'annuaires statistiques (2023-2024 et 2025) ;
- Renforcement des capacités des acteurs sur les nouvelles prérogatives attribuées aux ministères sectoriels dans le cadre de la gestion budgétaire (virement de crédits, préparation des décisions de versement…) ;
- Systématiser les réunions trimestrielles du comité interne de gestion des plans d'engagements ;
- Accélérer les recrutements en ciblant les catégories les plus sous-dotées ;
- Renforcer la fidélisation dans les zones défavorisées conformément aux gaps identifiés ;
- Déploiement du DPI dans 51 structures de santé (dont 6EPS)
- Mise en place d'une infrastructure numérique de la donnée (proposition de la stratégie nationale d'hébergement des données de santé)
- Adoption en conseil des ministres du projet de loi et de décret santé numérique
- Lancement de la carte numérique de santé
- Lancement du carnet de santé de la mère et de l'enfant ;

- Extension du NM3 aux dispositifs médicaux et vaccins.
- Préparation vers le Niveau de Maturité 4 (NM4).
- Déploiement de nouveaux pôles régionaux.
- Finalisation et validation du Plan stratégique
- Digitalisation accrue des processus (SI, LIMS).
- Consolidation des partenariats régionaux et mondiaux.

II.1.2. Programme Santé de base

- **Évolution des indicateurs**

Tableau 2 : Programme Santé de Base _ Évolution des indicateur

Objectifs spécifiques	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Mode de calcul	Méthode de collecte	Réalisation 2024	Réalisation 2025	Cible année 2025	Ecarts ou Taux de croissance (2025 -2024)	Taux de réalisation ou écart cible (Réalisation 2025 – cible 2025)	Justification
OS1. Renforcer la gouvernance du programme	A1. Gestion et coordination des services de santé de base	R1. Le pilotage et la coordination du programme sont renforcés	IR1. Pourcentage de centres de responsabilité ayant transmis un PTA aux normes	Nbre de centres de responsabilité ayant transmis un PTA aux normes/ Nbre total attendu	Exploitation de la plateforme DHIS2	93%	87%	100%	-6%	-13%	Non utilisation systématique de la plateforme DHIS2 par certains centres de responsabilité de la DGS
OS2. Développer l'offre de services de santé	A2. Prévention et Promotion de la santé	R2. La promotion de la santé et la prévention sont renforcées	IR2. Taux de réalisation du monitoring	Nbre de districts ayant mené le monitoring durant l'année (1 par semestre) /Nbre total de districts sanitaires	Exploitation des rapports de mise en œuvre	0	14%	100%	14%	-86%	Absence de financement Absence de renforcement de capacité
			IR3. Pourcentage de districts sanitaires ayant détecté et contrôlé des épidémies et situations d'urgence	Nombre de DS ayant notifié /nombre total de DS du pays	Bulletin épidémiologique de surveillance	75%	92%	100%	17	-8%	Absence de confirmation de cas
			IR4. Taux de couverture en RR1	Nombre d'enfant de 0-11 mois vaccinés au RR1/nbre d'enfant 0-11 mois	DHIS2	63,16%	87%	95%	23%	-8%	94% de complétude des données
	A3. Offre de soins liée SRMNIA	R3. La prise en charge de la santé du couple mère-enfant et des ado-jeunes est améliorée	IR5 : Taux de couverture adéquate en CPN	Nombre de femmes ayant fait 4 CPN / Nombre de grossesses attendues de la période	DHIS2	17%	27%	46%	10%	-19%	89% de taux de complétude des rapports dans le DHIS2
			IR6. Proportion de Nouveaux- nés réanimés	Nombre de nouveau-né réanimés / Nombre de nouveau-né n'ayant pas crié à la naissance	DHIS2	95,00%	92%	94,40%	-3%	-2,4%	89% de taux de complétude des rapports dans le DHIS2

		R4. Les maladies transmissibles et non transmissibles sont prises en charge selon les directives nationales	IR7. Taux de dépistage de l'hypertension artérielle	Nombre de personne âgée de 18 ans dépisté pour HTA /Nombre de personne âgée de 18ans et plus	Exploitation des registres, Rapports	5%	14,70%	35%	9,70%	-21%	Source DHIS2 , Cible non atteintes **contraintes**: --insuffisance d'activités de dépistage communautaire, -Faible sensibilisation de la population sur l'importance du dépistage de l'HTA, -Non-intégration systématique du dépistage de l'HTA dans les stratégies avancées. **Recommandations**: -Renforcer les activités de communication et de sensibilisation communautaire sur l'HTA, ---Renforcer et organiser régulièrement des campagnes de dépistage communautaire, -intégrer systématiquement le dépistage de l'HTA dans les stratégies avancées
	A4. Offre de soins liée à la lutte contre la maladie		IR8. Pourcentage de PVVIH ayant une charge virale supprimée (<1000 copies/ ml)			91%	92%	95%	1%	-3%	Augmentation de 1point entre 2023 et 2024, a 3 points de l'atteinte de la cible 95%. Ces résultats sont le fruit d'une augmentation de la couverture en appareil de CV au niveau des 14 régions.

- **Analyse**

L'exploitation des 8 indicateurs retenus pour le programme santé de base révèle que trois cible a été atteinte à 100% et trois autres ont été 95%.

- **Indicateurs avec cibles atteintes**

Même si certains indicateurs sont proches de la cible attendue, il n'a pas été constaté une bonne performance pour cette année.

- **Indicateurs avec cibles non atteintes**

Malgré les progrès réalisés en 2025 pour l'ensemble des indicateurs suivis, l'analyse des résultats du programme Santé de base montre une contre-performance par rapport aux objectifs fixés.

Dans un contexte marqué par la reprise effective de la mise en œuvre des activités au niveau opérationnel et de la saisie des données dans le DHIS2, cette contre-performance s'explique en partie par le retrait de l'USAID, la réduction du volume financier mobilisé par certains bailleurs et la suspension du mandat de plusieurs agences d'exécution qui intervenaient dans le renforcement du système de santé.
L'année 2025 est aussi marquée par le démarrage de réformes majeures dans le secteur de la santé, la définition de nouvelles orientations stratégiques et la mise en place de nouveaux programmes du DPPD. Tous ces ajustements organisationnels ont entraîné une phase de transition et d'adaptation pour les structures de conception et de mise en œuvre, ce qui a impacté sur la coordination et le monitorage des indicateurs traceurs et a temporairement influencé les performances du secteur.
L'analyse structurée sur les quatre actions du programme II, santé de base, met en évidence les constats suivants :

Action 1 : Gestion et coordination des services de santé de base
L'indicateur « Pourcentage de districts sanitaires ayant transmis un PTA intégrant les PA/CDS et les POCT à travers la plateforme DHIS2 » présente un niveau de réalisation de 87 %, soit un écart de 13 points par rapport à la cible fixée à 100 %. Par ailleurs, une baisse de 6 points est observée entre 2023 et 2024, traduisant un léger recul dans la transmission des PTA intégrant ces composantes via la plateforme DHIS2.

Action 2 : Prévention et Promotion de la santé

Le taux de réalisation du monitoring demeure très faible, avec seulement 14 % des districts ayant effectivement mené les activités prévues, contre une cible de 100 %, soit un écart négatif de 86 %. Cette contre-performance s'explique principalement par l'absence de financement adéquat, limitant la mise en œuvre des activités sur le terrain, ainsi que par un déficit de renforcement des capacités des acteurs impliqués, réduisant leur aptitude à conduire efficacement le monitoring. Cette situation met en évidence la nécessité urgente de mobiliser des ressources financières, de renforcer les compétences des équipes opérationnelles et d'actualiser les outils de monitoring afin d'améliorer significativement les performances lors des prochaines périodes de mise en œuvre.

En réponse aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités de monitoring au cours des années 2024 et 2025, la Direction Générale de la Santé a engagé un processus de relance au niveau des districts sanitaires. À cet effet, des ressources financières ont été mobilisées et les actions préparatoires ont été initiées, notamment en matière d'organisation et de coordination des activités. Cette dynamique marque une avancée significative vers la reprise effective du monitoring. Ainsi, au regard des dispositions prises et de l'amélioration progressive du contexte, la mise en œuvre du monitoring est

prévue au cours de l'année 2026 dans l'ensemble des districts, avec pour objectif de renforcer le suivi des performances et la qualité des services de santé.

Dans le cadre de la détection, de la préparation et de la gestion des épidémies et urgences de santé publique des progrès ont été noté bien que la cible n'a pas encore été atteinte.
En 2025, la proportion de districts sanitaires ayant détecté et contrôlé des épidémies et situations d'urgence s'établit à 92 %, contre 75 % en 2024, soit une progression de 17 points. Cette amélioration traduit un renforcement du système de surveillance épidémiologique et une meilleure capacité de notification des districts sanitaires.
Cependant, la cible fixée à 100 % n'a pas été atteinte, avec un écart de -8 points. Cette situation s'explique notamment par l'absence de confirmation de certains cas, ce qui peut limiter la validation officielle des alertes et des réponses apportées. Malgré ces contraintes, la progression observée témoigne d'une amélioration du fonctionnement du dispositif de surveillance et de gestion des urgences sanitaires, bien que des efforts restent nécessaires pour couvrir l'ensemble des districts sanitaires.

S'agissant de la prévention par la vaccination, le taux de couverture RR1 chez les enfants de 0 à 11 mois a connu une hausse importante, passant de 63,16 % en 2024 à 87 % en 2025, soit une augmentation de 23 points. Cette progression reflète les efforts déployés pour améliorer l'accès à la vaccination de routine à travers la mise en œuvre des plans Atteindre Chaque Enfant (ACE).
Toutefois, la cible de 95 % fixée pour 2025 n'a pas été atteinte, avec un écart de -8 points. La complétude des données estimée à 94 % dans DHIS2 pourrait également influencer le niveau réel de la couverture vaccinale rapportée. Des actions supplémentaires restent nécessaires pour améliorer la qualité des données et intensifier les stratégies de vaccination afin d'atteindre les enfants non encore couverts.

Action 3 : Offre de soins liée à la SRMNIA-N

Pour la santé de la mère et de l'enfant, en 2025, le taux de couverture adéquate en consultations prénatales (CPN4) est de 27 %, contre 17 % en 2024, soit une progression de 10 points. Cette évolution traduit une amélioration de l'utilisation des services de suivi prénatal par les femmes enceintes.

Cependant, la cible fixée pour 2025 (46 %) n'a pas été atteinte, avec un écart de -19 points. Ce résultat montre que malgré les progrès enregistrés, la couverture en consultations prénatales reste encore insuffisante. Cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment l'accès limité aux services de santé, le retard dans la fréquentation des structures de santé par les femmes enceintes ou encore certaines contraintes socioculturelles. Des efforts supplémentaires sont donc nécessaires pour renforcer la sensibilisation et améliorer l'accès aux services de santé maternelle.

Par ailleurs la proportion de nouveau-nés réanimés est passée de 95 % en 2024 à 92 % en 2025, soit une baisse de 3 points. Cette légère diminution peut s'expliquer par le taux de complétude des rapports (89%) dans le DHIS2.

La cible fixée pour 2025 (94,4 %) n'a pas été atteinte, avec un écart de -2 points. Bien que la performance reste relativement élevée, ce résultat suggère la nécessité de renforcer les capacités du personnel de santé en matière de réanimation néonatale et d'améliorer la disponibilité des équipements nécessaires dans les structures sanitaires afin d'assurer une prise en charge optimale des nouveau-nés en difficulté.

Action 4 : Offre de soins liée à la lutte contre la maladie

Pour ce qui est de la lutte contre la maladie, en 2025, le taux de dépistage de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de 18 ans et plus est de 14,7 %, contre 5 % en 2024, soit une progression de 9,7 points. Cette amélioration traduit un renforcement des activités de dépistage dans les structures de santé et une meilleure prise en compte de la lutte contre les maladies non transmissibles.

Toutefois, la cible fixée pour 2025 (35 %) n'a pas été atteinte, avec un écart de -20 points. Cette contre-performance peut être liée à la faible intégration du dépistage systématique de l'hypertension dans les services de soins, à l'insuffisance des activités de sensibilisation de la population et à l'accès limité aux services de dépistage dans certaines zones. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour intensifier les stratégies de dépistage et améliorer la prise en charge précoce des cas d'hypertension.

II.4. Contraintes et Difficultés

Malgré les progrès réalisés au cours de l'année 2025 dans la mise en œuvre des activités planifiées, un certain nombre de contraintes ont limité l'atteinte des résultats. Ces difficultés, d'ordre institutionnel, technique, financier et organisationnel, ont influé sur le rythme d'exécution de certaines interventions et sur la pleine mobilisation des ressources nécessaires.
L'identification de ces contraintes demeure essentielle afin de mieux orienter les actions correctrices et d'améliorer l'efficacité de la mise en œuvre des programmes et stratégies de santé.
Les principales contraintes enregistrées en 2025 peuvent être présentées selon les quatre axes d'intervention ci-après.

Action 1 : Gestion et coordination des services de santé de base

Contraintes institutionnelles, financières et de gouvernance

- Insuffisance dans l'harmonisation des interventions entre les acteurs clés dans le cadre de la mise en œuvre du RSI ;
- Absence d'une ligne budgétaire dédiée à la mise en œuvre du RSI, du programme de FETP et de la promotion de l'autosoin ;
- Arrêt du financement des activités liées à l'autosoin, qui constitue un obstacle à une implémentation ambitieuse ;
- Absence de cadre réglementaire portant organisation et fonctionnement de la Cellule des soins de santé primaire (CSSP) ;
- Dotation insuffisante et lenteur dans la mise à disposition des ressources financières liées à la gestion des urgences de santé publique.

Action 2 : Prévention et promotion de la santé

Contraintes liées aux activités de prévention et de promotion

- Mobilisation insuffisante de la ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- Lenteur dans la délivrance des autorisations d'importation et la libération des lots de vaccins au niveau de l'ARP ;

- Capacités insuffisantes du Conseil National du Codex en termes de ressources humaines adaptées, d'infrastructures, équipements et finances.
- Absence d'une stratégie nationale de prévention et promotion de la santé ;
- Faible prise en compte des déterminants de la santé dans les politiques publiques (santé dans toutes les politiques).

Action 3 : Offre de soins liée à la SRMNIA-N

Contraintes liées à la santé maternelle et infantile

- Réduction des financements suite à l'arrêt de l'USAID ;
- Faiblesse du financement des activités de santé de l'enfant ;
- Insuffisance de la complétude des rapports dans le DHIS2 et la restriction du déroulement de certaines activités suite au mouvement d'humeur du personnel de santé ;
- Non-effectivité dans la mise en œuvre des activités des espaces ado jeune pour les adolescents dans les régions d'extension ;
- Insuffisance dans la mise en œuvre de l'intégration des services PFPP / SMNI / Nutrition.

Action 4 : Offre de soins liée à la lutte contre la maladie

Contraintes liées au diagnostic, à la surveillance et à la prise en charge

- Faible qualité des données cliniques d'HTA et de diabète rapporté dans le DHIS2 ;
- Faible offre du dépistage du cancer du col de l'utérus (50% vs 80% attendu) ;
- Faible disponibilité de produits de santé, notamment les anticancéreux (75 %) et les intrants du PNPSO / santé oculaire (38 %) ;
- Insuffisance du budget alloué à la Direction des laboratoires et au Centre antipoison pour la mise en œuvre des activités ;
- Disparités infrastructurelles entre les moyens de diagnostic (laboratoires, imageries médicales…) ;
- Sous-notification des intoxications dans le DHIS2 Tracker ;
- Absence de base de données sur les produits chimiques.

II.5. Recommandations

Au regard des réalisations enregistrées et des contraintes rencontrées au cours de l'année 2025, il apparaît nécessaire de formuler un certain nombre de recommandations en vue d'améliorer la mise en œuvre des activités et de renforcer la performance du système de santé. Ces recommandations visent notamment à consolider les acquis, à lever les difficultés identifiées et à optimiser la coordination ainsi que l'efficacité des interventions menées par les différents acteurs du secteur de la santé.

Action 1 : Gestion et coordination des services de santé de base

- Inscrire une ligne budgétaire dédiée à la mise en œuvre du RSI, du programme de FETP et de la promotion de l'autosoin ;

- Développer une plateforme de formation à distance pour renforcer les capacités et assurer la continuité de la formation en cas de crises ;
- Etudier les modalités de l'intégration de l'autosoin dans les projets en cours et renforcer la mobilisation des ressources auprès des partenaires ;
- Développer un cadre réglementaire portant organisation et fonctionnement de la Cellule des soins de santé primaire (CSSP) ;
- Finaliser les outils institutionnels du COUS (cadre juridique, organes de gouvernance, conventions avec les partenaires) ;
- Mettre en place un mécanisme de financement pérenne pour la gestion des urgences de santé publique;
- Renforcer la logistique d'urgence, notamment par la mise en place d'un magasin central fonctionnel et d'un système de gestion des stocks.
- Diligenter l'adoption des textes et la rédaction de la Pharmacopée sénégalaise pour un développement rapide de médicaments à base de plantes et le contrôle des produits qui circulent sur le marché.

Action 2 : Prévention et promotion de la santé

- Renforcer l'offre de vaccination de routine dans tous les districts, y compris dans les zones difficiles d'accès ;
- Accélérer la délivrance des autorisations d'importation et de libération des lots de vaccins au niveau de l'ARP ;
- Renforcer l'appropriation de la surveillance environnementale par les districts avec l'implication des autres secteurs ;
- Vulgariser les guides de bonnes pratiques d'hygiène auprès des acteurs de la restauration de rue en vue d'améliorer la sécurité des aliments ;
- Former les inspecteurs sur le guide de contrôle pour la restauration de rue ;
- Sensibiliser les élèves et enseignants sur la sécurité sanitaire des aliments en milieu scolaire
- Elaborer une stratégie nationale de prévention et promotion de la santé ;
- Prendre en compte les déterminants de la santé dans les politiques publiques (santé dans toutes les politiques).

Action 3 : Offre de soins liée à la SRMNIA

- Renforcer le réseau des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU) ;
- Renforcer l'intégration des services PFPP / SMNI / Nutrition et la planification familiale communautaire ;
- Mettre à l'échelle les interventions à haut impact en matière de planification familiale
- Mettre en place des mécanismes administratifs, juridiques et financiers pour encadrer la gestion des données sanitaires ;
- Rendre effective la mise en œuvre des activités des espaces ado jeune pour les adolescents dans les régions d'extension.

Action 4 : Offre de soins liée à la lutte contre la maladie

- Développer un plan de mobilisation de ressources domestiques pour assurer la pérennisation des activités essentielles ;
- Renforcer l'offre de service du dépistage du cancer du col en équipant davantage de structures et en formant les prestataires afin de rendre effective la routinisation du dépistage ;
- Optimiser les mécanismes de planification et de distribution des intrants (la quantification des médicaments) ;
- Renforcer la surveillance de la résistance aux antimicrobiens (RAM) et la préparation aux urgences sanitaires dans les priorités nationales ;
- Renforcer l'enveloppe budgétaire allouée au Centre Antipoison ;
- Renforcer les capacités des professionnels de santé sur la gestion des intoxications ;
- Rendre fonctionnel le laboratoire du Centre Antipoison afin d'assurer les missions de diagnostic et d'expertise.

II.6. Perspectives

Dans la continuité des actions entreprises et afin de consolider les acquis enregistrés au cours de l'année 2025, les centres de responsabilité envisagent de poursuivre et de renforcer un certain nombre d'initiatives stratégiques. Ces perspectives visent à améliorer davantage la performance du système de santé, à renforcer la qualité de l'offre de services et à répondre de manière plus efficace aux besoins des populations.

Action 1 : Gestion et coordination des services de santé de base

- Mise en œuvre des interventions inscrites dans le Pandemic Fund ;
- Mise en œuvre du plan de déploiement de la surveillance collaborative ;
- Accréditation internationale TEPHINET du programme FETP ;
- Lancement du niveau avancé FETP (Master 2) avec une première cohorte ;
- Animation du réseau des alumni pour renforcer la mobilisation de l'expertise nationale lors des crises sanitaires ;
- Organisation de la deuxième édition de la Journée nationale de l'Agent de Santé Communautaire (ASC) ;
- Renforcement de la préparation opérationnelle (plan annuel de simulations, mise à jour et dissémination des procédures opérationnelles normalisées) ;
- Standardisation des outils de préparation dans les 14 régions médicales ;
- Consolidation de la gouvernance du COUS (réactivation des comités, révision du cadre juridique) ;
- Mobilisation des ressources (table ronde des partenaires techniques et financiers, création d'un fonds d'urgence) ;
- Construction d'un magasin central pour la logistique d'urgence ;
- Plaidoyer pour le renforcement de l'ancrage institutionnel de la Division MNT et une mobilisation accrue de ressources nationales en faveur de la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- Réforme de la politique nationale de santé communautaire ;

- Elaboration du dossier d'investissement du PSNSC 2025-2029 ;
- Adoption des textes et rédaction de la Pharmacopée sénégalaise permettra un développement rapide de médicament à base de plantes et le contrôle des produits qui circulent sur le marché.

Action 2 : Prévention et promotion de la santé

- Introduction de nouveaux vaccins (rage et paludisme) ;
- Construction de 13 dépôts régionaux de vaccins ;
- Mise à l'échelle de la surveillance basée sur les événements ;
- Extension du plan de surveillance des plats cuisinés et jus locaux dans d'autres régions ;
- Élaboration d'un plan de surveillance de l'aflatoxine dans le riz ;
- Formation des acteurs de la restauration de rue et sensibilisation des consommateurs aux bonnes pratiques d'hygiène ;
- Renforcement de la surveillance intégrée malades et de la riposte ;

Action 3 : Offre de soins liée à la SRMNIA

- Finalisation et déploiement du Tracker des décès maternels, néonatals, mortinaissances et "échappées belles" ;
- Dissémination des Politiques, Normes et Protocoles (PNP) ;
- Dissémination du nouveau protocole PECMA et du document de politique AM-ANJE ;
- Élaboration du plan de communication intégrée SRMNIA-N ;
- Mise en œuvre du programme PforR ;
- Mise en œuvre du projet d'élimination des décès maternels, néonatals et infanto-juvéniles évitables et de renforcement de la prise en charge de la malnutrition
- Élaboration du plan de mise en œuvre des recommandations de l'enquête de satisfaction des usagers sur l'offre SRMNIA.

Action 4 : Offre de soins liée à la lutte contre la maladie

- Poursuite de la mise en œuvre du projet Aaru ci MNT, notamment le renforcement de capacités des prestataires sur l'utilisation du tracker MNT ;
- Poursuite du processus d'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'utilisation des données sur les MNT afin de renforcer le suivi, l'évaluation et la prise de décision basée sur les évidences ;
- Elaboration des outils de surveillance post validation de l'élimination du trachome ;
- Repositionnement des systèmes de laboratoires dans la détection et la surveillance des évènements de santé publique ;
- Elaboration du PSN de sante oculaire 2026 – 2030 ;
- Elaboration du plan de communication et plaidoyer post élimination du trachome ;
- Renforcement du maillage et optimisation des Genxpert ;
- Digitalisation des visites à domicile (VAD) ;
- Renforcement des capacités du PNLH en ressources humaines, équipements et finances ;
- Mise en œuvre du PNSI (PNT, PNLH, VIH)

- Renforcement de l'accès à la PEC du cancer, de la dialyse et de la chirurgie cardiaque ;
- Tenue des réunions de data pool monitoring avec des feedbacks (MNT) ;
- Digitalisation des informations sur les risques chimiques émergents ;
- Repositionnement du Laboratoire de Toxicologie et de Pharmacologie Clinique comme support d'expertise analytique ;
- Renforcement de la prise en charge de la drépanocytose avec le démarrage du dépistage néonatal (DNN).
- Formation et coaching des prestataires pour améliorer la prise en charge des MNT.

II.1.3 Programme Santé de Référence

- **Évolution des indicateurs**

Tableau 3 : Programme Santé de Référence _ Évolution des indicateurs

Objectifs spécifiques	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Mode de calcul	Méthode de Collecte	Réalisation 2024	Réalisation 2025	Cibles année 2025	Ecarts ou Taux de croissance (2025-2024)	Taux de réalisation ou écart cible (Réalisation 2025 – cible 2025)	Justification
OS1 : Améliorer la gouvernance	A1 : Pilotage/ coordination	R1 : Le dispositif de pilotage et de coordination est renforcé	IR1. Pourcentage de rapports d'activité transmis par les EPS	Nbre de rapports d'activité transmis par les EPS/ Nbre attendu	Exploitation rapport de suivi DEPS	27%	35,7%	100%	8,7 points	-64 points	Lenteur de la remontée des rapports au niveau des EPS
			IR2. Pourcentage de structures privées qui transmettent leurs rapports d'activité	Nombre de structures Privées enrôlées qui Transmettent leurs Rapports d'activités / Nombre total de structures privées Enrôlées	Exploitation rapport de suivi DEPrS	59.6%	50.90%	68%	-8,70 points	-17,10 points	Baisse du nombre de SPS paramétrées dans le DHIS2
			IR3. Pourcentage de structures privées qui disposent d'une autorisation d'ouverture	Nombre de structures privées qui disposent d'une autorisation d'ouverture/ Nombre total de structures privées enrôlés	Exploitation rapport de suivi DEPrS	65%	85,18%	70%	20 points	15,18 points	Les missions de contrôle des SPS effectuées durant l'année 2025
OS2 : Améliorer la qualité de	A2 : Offre de service de soins de	R1 : La qualité de l'offre de	IR4. Taux d'infections associées aux	Nombre d'infections nosocomiales	Exploitation rapport trimestriel PCI		ND	5%			Absence de remontée des données

Objectifs spécifiques	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Mode de calcul	Méthode de Collecte	Réalisation 2024	Réalisation 2025	Cibles année 2025	Ecarts ou Taux de croissance (2025-2024)	Taux de réalisation ou écart cible (Réalisation 2025 – cible 2025)	Justification
l'offre de services de santé de référence	qualité	service de soins est améliorée	soins	déclarées durant une période donnée dans les EPS / Nombre de patients hospitalisés durant la même période dans les mêmes EPS	de la DQSHH						
			IR5. Proportion des décès audités dans les services de la maternité, Néonatologie, du SAU et du bloc opératoire	Nombre de décès audités/ nombre total de décès (Néonat, SAU, bloc et mat)	DHIS2/Rapport	36%	40,5%	100%	4,5 points	-59,5 points	Non fonctionnalité de certains comités d'audits
			IR6. Taux de décès au niveau des SAU	Nombre de décès au SAU/ Nombre total de patients reçus au SAU	Registre du SAU/Rapport d'activités mortalité	2%	1.60%	1%	0.4 points	-0.6 points	La mise en œuvre du plan stratégique d'amélioration des urgences Le renforcement progressif des capacités de PEC L'amélioration de l'organisation des services d'urgence
			IR7. Taux de disponibilité des médicaments et produits d'urgence au niveau des EPS	Nombre de médicaments et produits d'urgence disponibles/ Nombre total de médicaments et produits d'urgence	Registre pharmacie	86%	78,2%	90%	-7,8 points	-11 ,8 points	Ruptures de certains médicaments et produits au niveau des EPS

Analyse
Indicateurs avec cibles atteintes

Un indicateur a atteint la cible fixée pour l'année 2025.

- **Le pourcentage de structures privées disposant d'une autorisation d'ouverture** a connu une amélioration très significative. En effet, l'indicateur est passé de 65 % en 2024 à 85,18 % en 2025, soit une progression d'environ 20 points. Ce résultat dépasse largement la cible fixée à 70 %, avec un écart positif de 15,18 points. Cette performance s'explique principalement par les missions de contrôle et de régulation du secteur privé sanitaire menées au cours de l'année 2025, qui ont permis d'identifier les structures fonctionnant sans autorisation et de les accompagner dans leur processus de régularisation. Ces actions ont contribué à renforcer la conformité réglementaire des établissements privés, améliorant ainsi la gouvernance du secteur et la sécurité des prestations de soins.

Indicateurs avec cibles non atteintes

- **Le taux de décès au niveau des Services d'Accueil des Urgences (SAU)** a enregistré une amélioration notable, passant de 2 % en 2024 à 1,60 % en 2025, soit une baisse de 0,4 point. Cette évolution traduit les efforts entrepris pour améliorer la prise en charge des urgences dans les structures de référence, notamment à travers la mise en œuvre du plan stratégique d'amélioration de la gestion des urgences, le renforcement progressif des capacités de prise en charge et l'amélioration de l'organisation des services d'urgence. Toutefois, malgré cette tendance favorable, la cible fixée à 1 % n'a pas encore été atteinte, ce qui montre que des efforts supplémentaires restent nécessaires pour réduire davantage la mortalité au niveau des SAU de certaines structures (FANN, Abass Ndao, HED, CHR Thiès, CHR St-louis, EPS 2 de Kédougou et EPS 1 des Agnams).

- **Le pourcentage de rapports d'activités transmis par les Etablissements Publics de Santé (EPS)** a connu une hausse, passant de 27 % en 2024 à 35,7 % en 2025, soit une augmentation de 8,7 points. Malgré cette évolution, la cible fixée à 100 % n'est pas atteinte avec un écart de 64,3 points. Cette situation traduit des difficultés persistantes dans le système de rapportage des EPS, notamment en ce qui concerne la collecte, la consolidation et la transmission des données dans les délais requis.

- **Le pourcentage de structures privées transmettant leurs rapports d'activités** a enregistré une baisse, passant de 59,6 % en 2024 à 50,9 % en 2025, soit une diminution de 8,7 points. La cible fixée à 68 % n'a donc pas été atteinte, avec un écart de 17,1 points. Cette situation s'explique principalement par le non-enrôlement ou le non paramétrage de certaines structures privées de santé dans le système DHIS2. Ce déficit de configuration a directement réduit la capacité de certaines structures à transmettre régulièrement leurs données. Cette contre-performance souligne la nécessité de renforcer l'intégration du secteur privé dans les systèmes d'information sanitaire, notamment à travers l'enrôlement des structures et l'accompagnement des prestataires dans l'utilisation des outils de rapportage.
- **La proportion des décès audités dans les services de la maternité, de la néonatologie, du SAU et du bloc opératoire** a connu une légère progression, passant de 36 % en 2024 à 40,5 % en 2025, soit une hausse de 4,5 points. Cette performance reste très en deçà de la cible fixée à 100 %, avec un écart de 59,5 points. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs, notamment la charge de travail importante des prestataires de santé, la complexité du processus d'audit des décès, ainsi que les difficultés liées à la collecte et à l'analyse des informations nécessaires à la réalisation de ces audits.
- **Le taux d'infections associées aux soins** n'a pas pu être analysé pour l'année 2025, en raison de l'indisponibilité des données. Cette absence d'information ne permet pas d'évaluer l'évolution de cet indicateur ni d'apprécier le niveau d'atteinte de la cible fixée à 5 %. Cette situation est liée à des difficultés de remontée des données au niveau des structures de santé. Il est donc nécessaire de renforcer les mécanismes de surveillance, de collecte et de transmission des données relatives à la prévention et au contrôle des infections.
- **Le taux de disponibilité des médicaments et produits d'urgence au niveau des EPS** a connu une diminution de 7,8% par rapport à 2024. Cette baisse s'explique par les ruptures de certains médicaments et produits traceurs (solutés, antibiotiques, anesthésiques, antiinflammatoires, antalgiques).

II.4. Contraintes et difficultés

Plusieurs contraintes ont affecté la performance du programme santé de référence en 2025 :

- Importantes coupes budgétaires, ayant réduit les capacités d'intervention des directions techniques et contribué à certaines contre-performances dans la mise en œuvre des activités planifiées ;

- Non-effectivité du budget programme, limitant la flexibilité dans la gestion des ressources et la mise en œuvre efficace des activités prévues dans le cadre de la programmation annuelle ;
- Faible maîtrise de la planification, du suivi et des acquisitions par les responsables directs du programme due à l'exécution du budget d'investissement du programme santé de référence par d'autres directions ;
- Faible dotation budgétaire pour le fonctionnement de la Direction Générale des Établissements de Santé (DGES) et des directions techniques associées (DQSHH, DEPS et DEPrS), limitant la réalisation des activités de supervision, de coordination et de suivi-évaluation ;
- Insuffisance des ressources dédiées aux investissements dans les Établissements Publics de Santé (EPS), alors que les besoins en infrastructures, équipements médico-techniques et maintenance restent très élevés ;
- Non digitalisation complète du système d'information hospitalier qui ne facilite pas la disponibilité des données à temps ;
- Absence d'interopérabilité entre le DHIS2 et logiciels de gestion de santé ;
- Non application des critères de performance dans l'allocation des subventions ;
- Une politique indemnitaire mal encadrée, insoutenable, absorbant la quasi totalités des recettes ;
- Non exhaustivité des données de certaines structures liées à la rétention persistante d'une partie des mouvements syndicaux ;
- Des ruptures récurrentes des médicaments et produits essentiels ;
- Faible contribution des collectivités territoriales dans le financement des EPS ;
- Insuffisance dans le financement de la maintenance des équipements dans les EPS.

III.5. Recommandations

Afin d'améliorer la performance du programme et de réduire les contraintes identifiées, les recommandations suivantes sont formulées :

- Renforcer le budget d'investissement du programme santé de référence, afin de permettre l'amélioration des infrastructures, des équipements médico-techniques et du plateau technique des EPS ;
- Augmenter le budget de fonctionnement du programme santé de référence, pour renforcer les capacités d'intervention des directions techniques dans les domaines de la coordination, de la supervision et du suivi-évaluation ;
- Mobiliser davantage les partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine des urgences, afin de soutenir la mise en œuvre du plan stratégique d'amélioration de la gestion des urgences ;
- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de formation initiale et continue des médecins urgentistes, des infirmiers spécialisés et des autres profils nécessaires au développement des nouvelles filières de soins, en collaboration avec les universités, les Unités de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SS) et les écoles de formation ;

- Standardiser les conventions avec les structures privées de santé, afin de mieux organiser la collaboration public–privé et de contribuer à la prise en charge d'une partie de la demande de soins spécialisés ;
- Etudier la mise en place de formulaires simplifiés pour les structures privées de santé disposant déjà d'un système de gestion informatisé, afin d'éliminer la double saisie.
- Renforcer la mise en œuvre des politiques et programmes prioritaires de santé dans le secteur privé, notamment à travers l'amélioration du suivi, de la régulation et de l'intégration du secteur privé dans le système de santé ;
- Accélérer l'adoption et l'opérationnalisation des textes réglementaires en attente, afin de renforcer la gouvernance et l'encadrement du secteur hospitalier et du secteur privé sanitaire ;
- Financer les acquisitions des équipements de grande envergure par la centralisation des achats ;
- Affecter des ressources humaines (personnel d'appoint) au niveau des EPS compte tenu de leurs besoins ;
- Réviser la tarification des actes qui date de 2005 ;
- Renforcer le PPP encadré par la loi de 2022 sur le partenariat public privé ;
- Assurer la viabilité économique des établissements publics de santé qui sera basée sur le mode de financement Public et privé ;
- Renforcer la participation de l'Etat et de ses démembrements en vue d'une amélioration de la solvabilité de la demande ;
- Assurer la solvabilité de la demande par l'assurance maladie obligatoire avec la Sen CSU.

III.6. Perspectives

Pour l'année 2026, plusieurs perspectives structurantes sont envisagées afin de renforcer l'offre de soins de référence et améliorer la performance du système hospitalier :

- Procéder à la validation de la nouvelle réforme hospitalière ;
- Démarrer la transplantation à HOGIP ;
- Développer la médecine nucléaire ;
- Réviser la convention hospitalo-universitaire ;
- Finaliser la maturation du projet de développement de l'offre de soins et le renforcement de la performance des EPS avec le Ministère de l'Economie et des Finances ;
- Evaluer le plan stratégique de gestion des urgences 2022-2026 ;
- Elaborer le plan stratégique de gestion des urgences 2027-2031 ;
- Procéder au passage à l'échelle de la plateforme de gestion des lits d'urgence ;
- Intégrer l'audit des décès du bloc opératoire et du SAU dans les audits des EPS ;
- Mettre en service l'EPS de Tivaouane (Seydi El Hadj Malick SY de Tivaouane) ;

- Signer les contrats de performances avec les EPS ;
- Finaliser les textes révisés de la réforme hospitalière ;
- Réviser le décret portant statut du personnel ;
- Mettre en place un système d'information hospitalier intégré ;
- Elaborer le plan stratégique de développement du secteur privé de la santé ;
- Elaborer les modèles de conventions de PPP ;
- Elaborer des documents de politique qualité et du plan stratégique qualité de la DQSHH ;
- Evaluer semestriellement la qualité de l'offre de soins et services des structures sanitaires en utilisant la grille d'évaluation qualité ;
- Valider le Guide sur la Sécurité des patients ;
- Redynamiser et former les comités PCI ;
- Ouvrir et démarrer le CNOD ;
- Dématérialiser les procédures de gestion des demandes d'autorisation ;
- Renforcer les ressources humaines de la DGES ;
- Mettre en place un Réseau National Intégré des urgences.

II.1.4. Programme protection sociale

- **Évolution des indicateurs**

Tableau 4 : Programme Protection sociale _Évolution des indicateurs

Objectifs spécifiques	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Valeur de Référence 2023	Réalisé année 2024	Cibles année 2025	Réalisé année 2025	Ecart 2024-2025	Ecart réalisé 2025/cible 2025	Justification
OS1. Assurer le Pilotage, la gestion, la coordination, le suivi et évaluation et la Recherche	A1. Pilotage, gestion, coordination	R1. Pilotage, gestion, coordination assurée	IR1. Pourcentage d'instances de coordination mensuelles tenues au niveau de la DGAS	100%	100%	100%	**100%**	0	0	Maintien de la dynamique avec participation en ligne des DRAS
OS2 : Améliorer la mise en œuvre des projets et programmes de prise en charge médicale et de prophylaxie sociale et l'accompagnement psychosocial des groupes vulnérables	A2 : Couverture médico-sociale	R2. Couverture médico-sociale des personnes et groupes vulnérables assurée	IR2. Pourcentage de satisfaction des demandes de PEC médicale des soins coûteux	77,62%	64%	50%	**78%**	+14	+28	Extension de la décentralisation de la PECM (signature de conventions avec hopitaux et centre de santé au niveau des régions) Allocation de fonds PECM aux DRAS
			IR3. Proportion de personnes ayant bénéficié d'accompagnement psychosocial	ND	_	07%	**ND**			Problèmes de collecte des données au niveau opérationnel
OS3 : Assurer la promotion et la protection des familles défavorisées, des enfants vulnérables et des personnes âgées	A3. Accès aux facteurs de production	R3. Personnes et groupes vulnérables autonomes	IR4. Taux de satisfaction des demandes de financement des projets économiques	37,08%	_	40%	**52,36%**	_	+12,36	Dynamique partenariale et Capitalisation des programmes de filets sociaux à la base
			IR5. Proportion de personnes et groupes vulnérables bénéficiaires de formation professionnelle	65,23%	_	66%	**72,54%**	_	+6,54	Dynamique partenariale et Capitalisation des programmes de filets sociaux à la base
OS4. Améliorer la mise en œuvre des politiques publiques nationales dans le domaine du handicap	A4 : Gestion du Handicap	R4. Inclusion des personnes handicapées	IR6. Pourcentage de personnes handicapées détentrices de la carte d'égalité des chances	6,96%	8,10%	27,06%	**8,26%**	0,16	-18,8	Faible dotation en ressources financières du programme CEC, problèmes de mobilité et d'Etat civil des PH,

Objectifs spécifiques	Actions	Résultats attendus	Indicateurs	Valeur de Référence 2023	Réalisé année 2024	Cibles année 2025	Réalisé année 2025	Ecart 2024-2025	Ecart réalisé 2025/cible 2025	Justification
			IR7. Proportion de services effectifs offerts par la carte d'égalité des chances	57%	57%	80%	**57%**	**0**	**-23%**	**Lenteurs dans l'adoption des textes d'application de la LOS**
			IR8. Nombre de personnes handicapées bénéficiaires d'appareillages et d'aides techniques	1226	2230	4000	**2691**	+20,6%	- 1309	Exécution partielle du budget 2025 liée à un problème de marché

NB : Populations personnes handicapées en 2024 : **1 210 736** cas soit **7.3%** de la population totale en valeur relative (résultats définitifs RGPH-5 ANSD)

- **Analyse**

Indicateurs avec cibles atteintes

Instances de coordination

La coordination au niveau centrale affiche un résultat de 100% depuis 2023 et s'améliore avec l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication. En effet les Directions régionales partagent les informations avec le niveau central chaque mois en ligne. Cependant cette performance cache un déficit en supervision et en coordination au niveau périphérique avec les services départementaux, les CNRS et les CPRS, bases des interventions de l'action sociale.

Carte d'égalité des chances

En 2025, la DGAS a produit seulement 1 895 cartes d'égalité des chances (CEC), en forte baisse par rapport aux 23 037 de 2024, portant le total cumulé à 100 021 CEC — soit un taux de couverture de 8,26 % de la population estimée de 1 210 726 personnes handicapées (ANSD, RGPH 2023), en légère hausse de 0,16 point par rapport à 2024 (8,10 %).

Cette stagnation s'explique principalement par l'absence d'un budget dédié et les difficultés de financement du recensement spécial sur le handicap à Ziguinchor (PAENS/ANSD), pourtant clé dans le plan d'accélération visant 27,06 % de couverture en 2025. Une convention DGAS-ANSD a été signée le 22 novembre 2025 pour encadrer ce recensement. Pour atteindre l'objectif ambitieux de 50,8 % de couverture (705 000 CEC) d'ici 2029, trois leviers sont prioritaires : (i) renforcer techniquement la plate-forme de gestion des CEC, (ii) consolider les cadres institutionnels national et régionaux, et (iii) mobiliser des financements via le PAENS, le Fonds d'Action Sociale et le PARI. Toutefois, des obstacles persistants entravent l'efficacité du dispositif : difficultés d'accès à l'état civil, mobilité limitée des bénéficiaires pour le dépôt des dossiers, et sous-réalisation des avantages prévus. Seuls 4 des 7 services prévus sont effectivement déployés (santé/CSU, réadaptation, transport public, finances/bourses familiales), soit un taux de réalisation de 57 %, révélant un accès partiel à la protection sociale et un défi majeur : garantir un accès universel et effectif aux services pour les détenteurs de CEC.

Réadaptation et aides techniques

En 2025, la mise en œuvre du Programme d'amélioration de l'accès des personnes handicapées aux aides techniques et aux services de réadaptation fonctionnelle a permis d'enregistrer des résultats significatifs, tant sur le plan quantitatif que financier. Au total, 2 691 aides et équipements

ont été acquis et distribués au profit des personnes handicapées, financés principalement par l'État, avec l'appui de partenaires, notamment Human Appeal, soit une hausse de 20,6 % par rapport à 2024. L'appareillage a couvert une large gamme d'aides techniques et de technologies d'assistance qui ont eu un impact positif sur l'état de santé et l'autonomie fonctionnelle des personnes handicapées

Prise en charge médicale des soins coûteux des groupes vulnérables

Le remaniement ministériel intervenu en septembre 2025, séparant la Direction de l'Action Médico-sociale (DAMS) de la DGAS, a impacté le domaine de la prise en charge médicale des soins coûteux. En effet, la DAMS, restée au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique est logée dans le programme Offre de soins, mais fondamentalement, le retard de mise en place des fonds, consécutif au changement institutionnel a entraîné une baisse du rythme de prise en charge des cas vers la fin de l'année.

Néanmoins, l'indicateur *« Pourcentage de satisfaction des demandes de PEC médicale des soins coûteux »* présente un résultat excédentaire de 28 points par rapport à la cible 2025 et de 14 points par rapport au résultat de 2024. En effet, 78% des dossiers sont satisfaits soient 3670 cas sur 4696 demandes.

Dans ce lot, 1900 dossiers ont été satisfaits par le niveau régional, matérialisant ainsi la pertinence et l'efficacité du programme de décentralisation lancé en 2018. Cette performance résulte en effet, de la signature de conventions d'agrément avec neuf (9) structures sanitaires notamment les hôpitaux régionaux de Ourossogui, de Ziguinchor, de Sédhiou, de Kaolack, de Kaffrine, de Louga, de Kédougou, l'hôpital Cheikh Ahmadoul Khadim de Touba et l'hôpital Abdou Aziz SY Dabakh de Tivaouane. A ces conventions s'ajoutent trois (03) nouvelles signatures avec les hôpitaux de Mbour, de Ndioum et de Roi Baudouin, qui viennent renforcer le maillage national.

Au-delà des performances réalisées, la décentralisation réduit considérablement les difficultés liées aux problèmes d'hébergement à Dakar, pour les populations rurales, les problèmes de transports et les longues distances à parcourir souvent sur des routes peu praticables. Elle participe ainsi à plus d'équité et de justice sociale.
Le budget de 358 264 671 FCFA alloué à la PCM des IGV en 2024 a été reconduit en 2025. Dakar a reçu 75% de cette allocation annuelle soit 267 751 350FCFA eu égard à son plateau technique et au fait qu'elle est la seule région autorisée à prendre en charge les ressortissants des autres régions.

En 2023, avec 18 conventions, les régions avaient reçu 27% des fonds. Avec 29 conventions en 2024 et le même budget, les régions poursuivent leur dynamique de performance, nonobstant les changements institutionnels ayant occasionné un retard dans la mise à disposition des fonds au niveau des structures partenaires. Ce retard entraîne dans certaines régions comme Saint-Louis par exemple, un cumul de fonds des deux années (2024 et 2025).

Autonomisation

L'autonomisation des groupes vulnérables s'inscrit dans une progression constante, portée par la dynamique locale de gestion de la vulnérabilité impulsée depuis 2019. En effet, pour 2025, ce résultat s'apprécie à travers deux indicateurs notamment, le Taux de satisfaction des demandes de financement et la Proportion de personnes et groupes vulnérables bénéficiaires de formation professionnelle, contrairement en 2024 lorsqu'il était évalué avec un seul indicateur, le Pourcentage de personnes et groupes vulnérables insérés au plan socio-économique et professionnel.

En 2025, 410 personnes et groupes vulnérables ont bénéficié de financement de projets économiques sur 783 demandes, soit 52,36% de taux de satisfaction, sur une prévision de 40%. Cela représente une performance positive de 12,36 points.

D'autre part, 515 bénéficiaires ont reçu une formation professionnelle sur 710 demandes, soit un taux de satisfaction de 72,54%, sur une cible de 66%. A ce niveau également, un surplus de 6,54 points est noté sur la cible prévue.

La dynamique de partenariat avec les programmes de filets sociaux constitue un élément déterminant dans cette performance, surtout si l'on considère la baisse progressive des ressources du programme 4. La participation des collectivités territoriales quoi qu'encore faible, impacte également sur les résultats positifs enregistrés dans l'insertion socio-économique des personnes et groupes vulnérables.

Il convient toutefois de renforcer davantage les ressources de la DGAS à travers les projets et programmes relatifs à l'enfance déshéritée, à la lèpre, aux veuves et orphelins, aux personnes âgées, afin de relever les capacités propres de l'action sociale à contribuer à l'autonomisation des personnes et groupes vulnérables.

- ***Indicateurs avec cibles non atteintes***

Avantages liés à la CEC

Par rapport aux avantages liés à la CEC, l'indicateur reste stationnaire à savoir 57% traduisant ainsi un gap de 43 points par rapport à la cible 2025 de 80%.

Il convient de noter que l'effectivité et l'amélioration substantielle des services liés à la CEC sont tributaires de plusieurs facteurs notamment : (i) l'adoption de l'intégralité des douze (12) textes

d'application de la loi d'orientation sociale (LOS) qui sont en cours d'adoption dans le circuit administratif, (ii) le démarrage du programme d'assurance maladie des personnes handicapées détentrices de carte d'égalité des chances par la SEN CSU en application du décret n°2023-848 du 7 avril 2023. A ce jour quatre (04) services de la carte d'égalité des chances (santé, finances, transport et réadaptation) sur sept (07) sont mis en œuvre par le MSAS et ses partenaires à travers la DGAS. Les trois (03) autres services relatifs à l'emploi, l'éducation et la formation ne sont pas encore effectifs.

Réadaptation fonctionnelle et aides techniques

En 2025, la principale contrainte concernait l'appareillage orthopédique. Les composants acquis dans le cadre du projet d'amélioration de l'accès des personnes handicapées ne permettaient l'appareillage que de 10 personnes en prothèses tibiales, 10 en prothèses fémorales et un peu plus de 200 en orthèses pour séquelles de poliomyélite, un volume inférieur aux attentes initiales. L'avis du CNAO, basé sur ses propres spécifications techniques, avait été sollicité avant l'acquisition. Pour 2026, il est prévu de faire appel à l'expertise du Centre Talibou Dabo de Grand Yoff pour orienter la prise en charge orthopédique par la DPPPH.

Accompagnement psychosocial

L'accompagnement psychosocial qui constitue une activité importante de l'action sociale, demeure encore difficile à évaluer, en raison de la contrainte liée à la collecte des données de routine du secteur, à travers la DAMS. Les informations parcellaires disponibles pour certaines structures, ne permettent pas une appréciation pertinente de la question. Cependant il s'avère essentiel d'analyser cet aspect de l'intervention qui contribue à l'amélioration du bien-être des populations.

I.1. Contraintes

Le Programme 4 demeure encore caractérisé par l'insuffisance des ressources financières qui représentent aux alentours de 2 à 3% du budget global du ministère de la santé et de l'action sociale. De 2,4 % en 2024, il est passé à 2, % en 2025, limitant ainsi les ambitions d'inclusion des personnes et groupes vulnérables, de justice et d'équité sociale portées par le secteur.

La production de la Carte d'Egalité des Chances pour les personnes handicapées reste insuffisante en raison de plusieurs contraintes, notamment la mobilité entravée, le manque d'équipements et d'infrastructures sociales, l'absence d'état civil pour les handicapés et les retards dans l'application des textes législatifs. Cela est aggravé par l'insuffisance des ressources financières, affectant la prise en charge de soins coûteux comme les coronarographies et les prothèses. L'absence de finances allouées entrave également l'évacuation sanitaire et l'optimisation de la prise en charge médicale, limitant les capacités d'action de la DAMS.

Les difficultés persistent encore dans la couverture des besoins en formations, les renforcements de capacité, les supervisions, le suivi et évaluation des activités.

La même situation affecte le domaine du système d'information qui était dans une bonne dynamique de résolution avec le paramétrage des formulaires de recueil des données de routine de l'action sociale dans la plate-forme DHIS 2. Avec le nouvel ancrage institutionnel au MIFASS, des perturbations sont attendues dans la capitalisation des données, des interventions et des réalisations du secteur, relativement à la collecte, la transmission et l'exploitation.

Des disparités et insuffisances sont encore notées relativement à la participation des Collectivités territoriales en raison de leur taille et de leurs budgets. Cette situation est exacerbée par l'absence de partenaires au développement dans certaines localités.

Le retard de mise en œuvre du Fonds d'Action Sociale constitue également une limite réelle dans le renforcement du dispositif d'intervention de l'action sociale.

Le secteur de la protection sociale est par ailleurs, très fragmenté, avec une coordination limitée entraînant une dispersion des ressources, surtout au niveau central. Cette situation induit une hypertrophie des allocations pour la famille et les solidarités, une faible capitalisation des interventions en termes de prévention, de promotion et de prise en charge des soins, ainsi que des difficultés de gouvernance du système incluant les ressources humaines et les infrastructures.

Plusieurs projets maturés avec le MEPC, tels que ceux concernant la lèpre, l'enfance déshéritée et les personnes âgées, manquent de financement. Les retards d'allocation et les difficultés de mobilisation compromettent l'atteinte des objectifs. De plus, l'absence de mécanismes de supervision et d'évaluation limite la mesure de l'impact réel des interventions et l'ajustement des initiatives.

I.2. Recommandations

- ✓ Poursuivre les efforts relativement à la tenue des instances de coordination, le suivi des PTA, la supervision des structures déconcentrées de l'action sociale ;
- ✓ Accélérer la production des Cartes d'Egalités des Chances, et l'adoption des textes d'application de la LOS ;
- ✓ Renforcer les ressources humaines et matérielles du programme ;
- ✓ Mettre à jour les projets maturés de l'action sociale selon le décret GIP et les financer ;

- ✓ Assurer le suivi et l'évaluation des projets économiques financés et des formations professionnelles ;
- ✓ Densifier le maillage national des conventions d'agrément ;
- ✓ Mettre en place un système de suivi évaluation performant (planification, MEO, supervision, production de rapports, revues, SIG fonctionnel, archivage, etc.) ;
- ✓ Faire l'évaluation d'impact des programmes ;
- ✓ Renforcer la dynamique partenariale.
- ✓ Renforcer la coordination des programmes de filets sociaux ;
- ✓ Doter le Fonds d'Action Sociale pour compléter le dispositif d'intervention en matière d'inclusion du handicap, d'urgences socio-sanitaire, et de couverture d'événements socio-culturel et religieux.

I.3. Perspectives

- ✓ Réaliser une étude nationale sur la prise en charge familiale et institutionnelle des enfants à besoins spécifiques (autisme, IMC, trisomie 21, etc.) avec l'appui du Haut-Commissariat des Droits de l'Homme ;
- ✓ Plaidoyer pour l'adoption du projet de loi d'orientation relatif à la promotion et à la protection des droits des personnes âgées, du Code de déontologie des travailleurs sociaux et le projet de loi de l'Ordre national des travailleurs sociaux du Sénégal ;
- ✓ Engager le processus d'élaboration de l'outil d'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées ;
- ✓ Accélérer les mécanismes de mise en œuvre de la LOS à travers le recensement spécial des personnes handicapées, le financement du projet d'extension de la CEC, la mise en place des bureaux régionaux d'impression de la CEC, l'adoption des textes d'application de la LOS.
- ✓ Poursuivre en collaboration avec le ministère de Économie, du Plan et de la coopération, le processus de maturation et de mise en œuvre des nouveaux projets de la DGAS, fondamentalement le Fonds d'action Sociale inscrit dans les priorités du Gouvernement ;
- ✓ Développer des stratégies (plaidoyer) pour le financement conséquent de ces nouveaux projets.

- ✓ Consolider le partenariat par la poursuite de la mise en place des organes locaux de gestion de la vulnérabilité, intégrant la protection et la promotion des personnes handicapées, de l'enfant, des femmes, des jeunes filles et adolescents/jeunes, des personnes âgées…
- ✓ Renforcer la coordination des programmes de filets sociaux à travers le RNU et l'interopérabilité des bases de données ;
- ✓ Développer des mécanismes de coordination et de supervision des structures déconcentrées

II.2- BILAN AU DEUXIEME TRIMESTRE DE L'ANNEE 2026 ET PERSPECTIVES

Au deuxième trimestre de cette année, des résultats satisfaisants ont été obtenus par les différents programmes.

Le tableau n°5 ci-dessous retrace quelques résultats enregistrés au deuxième trimestre de l'année 2026 et les projets en cours des programmes budgétaires présentement en vigueur. Les perspectives pour les nouveaux programmes issus de la nouvelle Lettre de politique sectorielle figurent au tableau n°6.

Tableau 5 : quelques résultats enregistrés par programme au deuxième trimestre de l'année 2026 et projets en cours.

Les résultats enregistrés au deuxième trimestre de l'année 2026	Les projets en cours	Les perspectives pour le quatrième trimestre 2026
PILOTAGE, COORDINATION ET GESTION ADMINISTRATIVE		
DEM		
CHU Aristide Le Dantec : Travaux de gros œuvre en cours d'exécution active		**Finalisation des Réceptions :** Diligenter les contre-visites de la commission de réception pour valider la levée effective des réserves à l'**EPS 3 de Tivaouane** et prononcer la réception définitive.
EPS 3 de Tivaouane : Phase de construction achevée ; Réception technique finalisée		**Livraison du CNO :** Accentuer le suivi hebdomadaire du chantier du **Centre National d'Oncologie (CNO)** pour garantir le respect strict de l'échéance de livraison fixée en **juillet 2026**.
Centre National d'Oncologie (CNO) : Travaux de construction en cours d'exécution rythmé		**Suivi des Chantiers en Cours :** Accélérer la cadence des travaux du CHU Aristide Le Dantec, de l'EPS 2 de Ourossogui, ainsi que la finalisation du CS de Jaxaay et la réhabilitation des blocs opératoires de Bambey et Darou Khoudoss.
EPS 2 de Ourossogui : Travaux à l'arrêt depuis plus d'un an		
Pôle Mère-Enfant Sheikha Fatma (HOGIP) : Chantier en exécution / Suivi technique		

Pole mère enfant du CHN de Ndioum : Chantier en exécution / Suivi technique		
PME du CHR de Tambacounda : Appui technique à la mise en service finalisé		
Service Neurologie & Kinésithérapie (CHU Fann) : Travaux de construction en cours		
Extension du CHR de Thiès : Suivi technique et travaux d'extension en cours		
CHU Aristide Le Dantec : Travaux de gros œuvre en cours d'exécution active		
EPS 3 de Tivaouane : Phase de construction achevée ; Réception technique finalisée		
Réception complète du matériel médical et des installations du nouvel hôpital de Tivaouane (300 lits).		
Exécution des programmes de mise à niveau (*upgrades*) des accélérateurs de particules pour les centres de radiothérapie des EPS de **Dalal Jaam** et de **Touba**.		
Livraison d'équipements stratégiques pour les districts sanitaires : 31 ambulances médicalisées, 37 appareils d'échographie ultra-sonore, 30 thermos coagulateurs pour les soins gynécologiques et 14 électrocardiogrammes (ECG).		
Déploiement en urgence d'équipements de riposte sanitaire (Valley Fever Response) au CHR de Fatick, à la DRS de Saint-Louis et au district de Richard Toll.		
Disponibilité des accélérateurs : Maintien d'un taux de disponibilité opérationnelle de **100%** sur les accélérateurs de radiothérapie grâce à la conduite sans interruption des contrats de maintenance *"All Inclusive"*.		
Parc de Production d'Oxygène : Exploitation et maintenance préventive/curative active sur un réseau national composé de **7 usines de production PSA** (financées notamment sur crédits C19RM du Fonds		

Mondial) et de **35 centrales VPSA** réparties dans les EPS et centres majeurs.		
Renforcement du Capital Humain : Organisation et finalisation de deux sessions de formation technique nationale : - **60 techniciens de district** formés à la gestion et au dépannage de premier niveau des usines de production d'oxygène ; - **66 techniciens et ingénieurs** formés à la maintenance des équipements de Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence (SONU).		
UGP/Pharma _ Relance de l'industrie pharmaceutique locale		

• **Gouvernance** Dans le cadre du dispositif de gouvernance, l'UGP a tenu, une réunion du comité de pilotage au cours du mois d'avril 2025, celui du 2eme trimestre étant prévu au mois d'aout. Par ailleurs, l'UGP a organisé un atelier de révision des documents cadre afin de pour une mise à jour conformément aux nouvelles orientations de l'autorité. • **Accès au marché** Dans le cadre de la réforme « accès au marché », un dispositif de régulation des importations de médicaments et produits de santé a été mis en place, en cohérence avec les capacités de production locale et les exigences de santé publique. Ce mécanisme a pour finalité de protéger la production nationale, d'encadrer les flux d'importation et d'exportation, et de veiller à la disponibilité de médicaments de qualité, accessibles à la population sénégalaise. Au cours de l'année 2025, l'UGP a organisé un atelier de partage et d'affinement de la liste souveraine de médicaments et produits de santé essentiels à produire localement au Sénégal. • **Fiscalité** L'ensemble les livrables liés au benchmark sur le financement de la Couverture Maladie Universelle (CSU) et à l'analyse de la Charge Fiscale de l'Industrie Pharmaceutique au Sénégal et Perspectives Stratégiques ont été présentés aux parties prenantes lors d'une séance de validation qui a permis de recueillir leurs observations et contributions. Le suivi du processus de révision du code général des impôts est en cours pour s'assurer de la prise en charge des propositions de mesures faites dans le cadre de la révision	• Réaliser les études de faisabilité du Fonds national de développement pharmaceutique (FNDP) • Développer et rendre opérationnel le système national d'information pharmaceutique • Développer et mutualiser les capacités de recherche et d'innovation pharmaceutiques • Etude et conception pour la réalisation des projets PPP (centre de Recherche et d'expertise pour le développement du médicament, centre de formation et de simulation aux métiers de l'industrie pharmaceutique, plateforme logistique pharmaceutique • Projet de production de phytomédicaments.	Sur les phytomédicaments, les prochaines étapes porteront sur le démarrage effectif des études de recherche et développement des dix-sept projets prioritaires, l'élaboration d'une convention de partenariat sur la propriété intellectuelle ainsi que la signature d'un accord avec l'ASPIT pour la protection des savoirs traditionnels. Il est également prévu de lancer un appel à candidatures pour le financement des projets de phytomédicaments, de finaliser le Plan stratégique de Recherche et Développement et de poursuivre la cartographie des besoins nationaux afin de favoriser le développement de l'industrie des phytomédicaments. Dans le cadre de la biotechnologie, il est aussi prévu l'élaboration d'un Plan stratégique national de Recherche et Développement en biomédicaments, l'organisation de missions de benchmarking sur les biotechnologies ainsi que la réalisation d'une cartographie nationale de la production et des besoins en biomédicaments auprès des professionnels de santé. Dans le cadre de la pharmacopée, les perspectives portent sur la réactivation du décret instituant la Commission nationale de la Pharmacopée et du Formulaire national ainsi que de l'arrêté relatif aux Autorisations de Mise sur le Marché des médicaments issus des plantes médicinales. Elles comprennent également l'élaboration de la monographie analytique de l'enquête ethnobotanique, la rédaction d'au moins dix monographies de plantes médicinales ou de phytomédicaments et la poursuite des actions relatives à la protection des savoirs traditionnels. Sur la formation, les prochaines étapes viseront la mutualisation des équipements des universités et des établissements de formation, l'ouverture du Master en

du document de plaidoyer pour la réduction des charges fiscales dans l'industrie pharmaceutique. • **Énergie** Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme énergie, l'UGP Pharma, en compagnie du BOCS et de la GIZ, a organisé une série de rencontres avec les principaux acteurs concernés : la Directrice de la Stratégie et de la réglementation du ministère de l'Energie en présence du représentant du Secrétaire permanent à l'énergie ; la Directrice des études générales de SENELEC ; le Secrétaire exécutif de la Commission de régulation du secteur de l'énergie et la Directrice générale de l'énergie. Ces rencontres avaient pour objectif de partager les propositions faites dans le document de plaidoyer afin de statuer sur leur faisabilité et les possibilités d'accompagnement de leur part. Au sortir de ces rencontres, la note conceptuelle draftée par l'UGP permettra d'aller vers la mise en œuvre du projet pilote conduit par SENELEC. • **RDIF** La Task Force RDIF a enregistré des avancées significatives dans le domaine des phytomédicaments. En collaboration avec les tradipraticiens, 31 projets d'intérêt ont été identifiés en vue du développement de dix phytomédicaments à l'horizon 2035. Parmi ceux-ci, dix-sept projets prioritaires ont été sélectionnés et les équipes universitaires et de recherche chargées de leur mise en œuvre ont été identifiées. Des missions de benchmarking ont également été réalisées au Burkina Faso et en France afin de s'inspirer des meilleures pratiques en matière de recherche, de développement et d'industrialisation des phytomédicaments. Une catégorisation des projets en quatre niveaux de maturité (catégories 1 à 4) a été effectuée afin de définir les		Gestion de la Chaîne d'Approvisionnement Pharmaceutique, l'élaboration du Plan stratégique de Recherche et Développement ainsi que le renforcement des partenariats entre les établissements de formation, les centres de recherche et les acteurs de l'industrie pharmaceutique afin d'assurer une meilleure adéquation entre les formations et les besoins du secteur. Concernant les réformes, il s'agira de finaliser le plaidoyer sur la réforme accès au financement en prenant en compte les besoins des différents industriels et de poursuivre le suivi auprès des hautes autorités pour en assurer la prise en charge. Il est par ailleurs, prévu des sessions de renforcement de capacités à l'endroit des industriels et grossistes afin de leur permettre de mieux se positionner sur le marché.

stratégies de développement adaptées à chaque produit. Enfin, les activités de collecte des plantes médicinales par les tradipraticiens membres de la Fédération Sénégalaise des Praticiens de la Médecine Traditionnelle (FSPMT) ont été initiées.		

CELLULE INFORMATIQUE		
Paramétrage de la plateforme de gestion de courriers SYGEC du MSHP avec USAID/CHEMONICS d'un montant 20 000 000 exécution à hauteur de 6 000 000 avant l'arrêt du projet	Mise en place de la plateforme collaborative et de suivi des activités du MSHP	Mise en place d'une plateforme de gestion du courrier MSHP sur demande du Ministre financement prévu PTF/Etat
Appui au PNLP dans le paramétrage des tablettes pour la collecte des données PALUDISME	Mise en place de la plateforme de Gestion de courriers du MSHP	Mise en place d'une plateforme de gestion électronique des documents du MSHP sur demande du Ministre financement prévu PTF/Etat
Accompagnement pour le recrutement d'un consultant dans le cadre de l'amélioration de la plateforme E-Learning avec AMREF	Mise à niveau de la plateforme d'Apprentissage en ligne E-Learning	Mise en place d'une plateforme de gestion des Missions MSHP sur demande du Ministre financement prévu PTF/Etat
	Formation sur les outils numériques	Mise en place d'une plateforme de gestion des rendez-vous et activités du MSHP sur demande du Ministre financement prévu PTF/Etat
	Elaboration du Plan Directeur Informatique 2027-2031	Mise en place d'une plateforme de gestion des question réponses durant les plénières MSHP sur demande du Ministre financement prévu PTF/Etat
ENTSS		
Le projet de modernisation de l'ENTSS a connu une maturation (Le bâtiment connaît des suintements et des fissures dans certains bureaux et salles de cours, La salle informatique ne dispose pas d'équipements, l'insuffisance et la vétusté du matériel dans les salles de classes (chaises, tables bancs …) l'effectivité du projet reste une urgence cruciale		Disposition d'un compte de dépôt pour faciliter la gestion des bourses des étudiants : En ce qui concerne le compte de dépôt de l'École, nous rencontrons d'énormes difficultés pour assurer le paiement de nos dépenses. En effet, la ligne budgétaire est alimentée par les crédits destinés aux bourses des étudiants, une dépense qui doit normalement faire l'objet d'une demande de mise en règlement immédiat. Cependant, nous constatons régulièrement des retards dans le paiement. À titre d'exemple, l'École note des retards sans pouvoir effectuer certains paiements sur une ligne alimentée et logée au niveau de la DRH. Les étudiants ont marqué presque deux mois de grève motif payement de bourse alors cette ligne est sensible. C'est pourquoi nous souhaitons disposer de notre propre compte de dépôt afin de pouvoir assurer directement le

		règlement de nos dépenses, sans être systématiquement obligés de passer par la DRH, qui est d'ailleurs fortement sollicitée. Nous tenons néanmoins à souligner que la DRH a toujours fait beaucoup d'efforts pour accompagner l'École et nous mettre à l'abri des difficultés de trésorerie. Notre démarche vise donc essentiellement à améliorer la célérité et l'efficacité dans l'exécution de nos dépenses
La lignes 6635 qui sert à payer les vacations et les examens et concours des professeurs permanents ont subi une hausse remarquable. Donc l'ENTSS pourra honorer ses engagements de paiement envers les professeurs permanents.		Besoin d'Affectation d'une aide-soignante pour le service Medico social
La lignes 6639 qui sert aussi à payer les vacations et les examens et concours des professeurs permanents peut être réduite à la baisse de 80 pour cent .il y'a eu une évolution certes mais les orientations posent problèmes.		Renforcement du service médico-social (nécessitant un financement du ministère de la Santé de l'Action sociale et/ou des Partenaires techniques et financiers).
Le restaurant de l'ENTSS n'a jusqu'à présent pas encore reçu sa subvention de l'année 2025.Il vit d'énormes problèmes pour gérer la restauration des étudiants		Mise en œuvre du plan de Communication et de marketing de l'école ; d'un plan stratégique et de suivi évaluation
La ligne autres prestation 66 29 est insuffisante pour couvrir les dépenses de vacation des professeurs et le restaurant des étudiants		Renforcement de capacités du personnel enseignant et administratif, de la formation continue avec les formations à la carte, et des animations sur des thématiques innovantes ;
La dynamisation des onze (13) laboratoires et unités de recherche : o Ressources humaines o Recherche de financement o Handicap et sociétés ; o Protection sociale et promotion de la santé ; o Parentalités, familles innovations, et transformations sociales o Etudes de l'insertion et des transitions professionnelles ; o Droits et protection de l'enfant ;		Renforcement du volet recherche, qualité et production scientifique au niveau de l'école ;

○ Gouvernance communautaire ; ○ Migration ; ○ Femme, Santé et mobilité ○ Environnement ○ Développement Durable ○ Politiques Publiques		
Partenariats : ○ Partenariat avec le Bureau International des Droits des Enfants (IBCR) ; ○ Partenariat avec le Centre Talibou Dabo (Accueil de stagiaires) ; ○ Partenariat avec la Haute Ecole Bruxelles Brabant ; ○ Partenariat avec l'ONG Aventures Nomade ; ○ Partenariat avec l'ONG EDEN ; ○ Partenariat avec l'Institut Régional de Formation Sanitaire et Social (IRFSS) PACA et Corse/Institut Régional de Formation en Travail social (IFTS)- Site d'Ollioules ; ○ Partenariat avec l'Institut de Formation aux Métiers Educatifs (IFME) de Nîmes ; ○ Partenariat avec l'Institut de Formation, Recherche, Animation, Sanitaire et Sociale (IFRASS) de Toulouse ; ○ Partenariat avec ARES (Haute Ecole Condorcet) ; ○ Partenariat avec l'École Fatima el Fihrya QI/Agadir (Maroc) ; ○ Partenariat FAIRE-ESS IRTS Perpignan ; ○ Partenariat avec le Conseil départemental Meurthe et Moselle (France) ; ○ Renforcement de la gouvernance de l'Ecole avec la production d'un manuel de procédure, d'un Plan marketing, d'un plan stratégique ;		

○ Stage de mise en situation professionnelle des étudiants de l'ENTSS à l'étranger (en France, Belgique, Maroc, Tchad, Gambie, Benin) ; ○ Projet de validation des acquis d'expérience en Travail social de rue avec l'ARES, CFJ, COSAID et Dynamo International dans le cadre du partenariat avec Wallonie Bruxelles (Directeur de l'ENTSS est coordonnateur du projet pays).		
DAJ		
Adoption en comité technique des textes suivant : ○ Projet de loi relatif à l'exercice de la médecine et à l'ordre national des médecins ; ○ Projet de loi relatif à la santé mentale ; ○ Projet de décret relatif à l'organisation du Ministère de la Santé et l'Hygiène publique ; ○ Projet de loi relatif au tabac, aux produits du tabac, aux produits nicotiniques et non nicotiniques, aux additifs et dérivés ; ○ Projet de décret portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement du fond d'action médicale.	Elaboration de la partie réglementaire du projet de code de la santé publique	Elaboration de la partie réglementaire du projet de code de la santé publique : ○ Revue documentaire et analytique en vue de l'élaboration de la partie réglementaire du code ; ○ Elaboration du plan de la partie règlementaire du projet de code ; ○ Démarrage des travaux relatif a la partie réglementaire du projet code par les différentes commissions thématiques et les commissions techniques ; ○ Activité de validation par le comité de pilotage des productions et travaux du comité technique.
ARP		
04 réunions du conseil de réglementation tenues	Mettre en œuvre le plan de développement institutionnel de maintien du NM3 issu de l'autoévaluation	Maintenir le niveau de maturité 3 de l'OMS
Autoévaluation pour le maintien de niveau de maturité 3 réalisé	Poursuivre la mise en œuvre du plan de communication	Développer une fonction de recherche appliquée pour anticiper les évolutions du marché, soutenir la politique de

		corrélation et produire des données locales fiables
Cartographie des officines de pharmacie sur l'ensemble du territoire réalisée	Contrôler la publicité et la promotion des médicaments	Élaborer et mettre en œuvre le projet de sérialisation des médicaments : lutter contre les faux médicaments, sécuriser la chaîne d'approvisionnement et intégrer le système sénégalais au futur dispositif continental (AMA, AU-3S)
04 projets de textes réglementaires sur les dispositifs médicaux et la sérialisation élaborés	Poursuivre la mise en œuvre la stratégie de la chaîne d'approvisionnement	Poursuivre la mise en œuvre du plan de formation
05 missions d'audit interne avec la cellule management qualité	Contribuer à la mise en œuvre de la politique de corrélation des médicaments et produits de santé	Étendre le niveau de maturité 3 aux vaccins
66 structures de santé ont été inspectées à travers les missions d'inspection et de surveillance du marché et 9 districts ont été inspectés.	Poursuivre la digitalisation des fonctions réglementaires	Poursuivre la digitalisation des fonctions réglementaires
	le projet d'accréditation du laboratoire aux normes ISO 17025.	Poursuivre l'élaboration des textes d'application de la loi pharmaceutique
	Poursuite des missions d'audit interne avec la cellule management qualité	Renforcer le partenariat national et international
		Poursuite du renforcement de la présence de l'agence dans les instances internationales
		Poursuivre le projet d'accréditation du laboratoire aux normes ISO 17025.
Programme Prévention et promotion de la santé		
CNAP		
Réception et Installation de l'ensemble des équipements du laboratoire		**Opérationnalisation du laboratoire réhabilité** : lancement des activités du laboratoire et finalisation de la mise en service effective des nouveaux équipements
Formation de quarante-et-un (41) professionnels de santé sur la prise en charge des urgences toxicologiques		**Formation continue du personnel** : assurer la prise en main rapide et le renforcement des capacités des techniciens et biologistes sur les nouvelles technologies analytiques acquises.
Erection du Centre Anti Poison en Etablissement		Installation du Conseil d'administration du CNAP

Public de Santé non hospitalier nommé Centre National Anti Poison par décret numéro 2026-561 du 10 mars 2026.		
Formation du personnel du Laboratoire du CNAP sur la gestion des prélèvements, le 04 juin au CAP.		
Sensibilisation des acteurs de l'industrie agroalimentaire et autres parties prenantes à travers une Conférence sur le thème « la science face aux pesticides : avancées incertitudes et défis pour la sécurité sanitaire des aliments »		
Programme Offre de soins de qualité		
CNDT		
Installation du microscope spéculaire pour la greffe de cornée	Révision du projet de Loi 2015 et du décret 2018-1583 portant composition, l'organisation et le fonctionnement CNDT	Présentation de la plateforme sur la gestion de la liste d'attente et d'attribution de la greffe de cornée
Missions de supervision sur le Tracker au niveau de tous les centres de dialyse du Sénégal	Réalisation de la 1ere greffe de cornée	Formation des ophtalmologues des différentes structures agréées sur l'utilisation de la plateforme sur la gestion de la liste d'attente et d'attribution de la greffe de cornée
Formations de 28 médecins sur la transplantation cornéenne et la banque des yeux		Formations des téléconseillers sur la greffe de cornée
Formations de 50 agents (médecin et infirmiers) sur les soins intensifs fondamentaux		Mise en place des référentiels pour l'octroi de l'agrément pour le foie, PMA, greffe de moelle
Acquisition d'une plateforme sur la gestion de la liste d'attente et d'attribution de la greffe de cornée		Révision du plan de communication

Tableau 6 : quelques perspectives pour les nouveaux programmes

Quelques perspectives pour l'année 2027
PILOTAGE, COORDINATION ET GESTION ADMINISTRATIVE
CELLULE INFORMATIQUE
Mise à niveau de l'infrastructure réseau du MSHP Siège
Recrutement d'un consultant pour la conception du nouveau PDI 2027-2031
Mise à jour de la plateforme d'apprentissage en ligne, support pour faciliter l'assistance des agents du MSHP sur l'utilisation des outils numériques
Renforcer les capacités des agents du MSHP sur les outils technologiques et les informaticiens sur la veille technologique et l'IA
Mise à jour de la plateforme collaborative pour le MSHP
Mise à jour de la plateforme de gestion de courrier pour le MSHP
UGP/Pharma _ Relance de l'industrie pharmaceutique locale
Réaliser les études de faisabilité du Fonds national de développement pharmaceutique (FNDP)
Développer et rendre opérationnel le système national d'information pharmaceutique
Développer et mutualiser les capacités de recherche et d'innovation pharmaceutiques
Etude et conception pour la réalisation des projets PPP (centre de Recherche et d'expertise pour le développement du médicament, centre de formation et de simulation aux métiers de l'industrie pharmaceutique, plateforme logistique pharmaceutique)
Projet de production de phytomédicaments
DAJ
Finalisation et diffusion de la partie réglementaire du projet de code de la santé publique.
ARP
Lancer la construction du siège de l'ARP (40 milliards XOF)
Elaborer et mettre en œuvre le plan opérationnel pour l'atteinte du niveau de maturité 4 (NM4) : mettre en place un système qualité conforme aux standards internationaux (ICH, PIC/S), garantissant transparence, efficacité et reconnaissance internationale
Poursuivre la mise en œuvre du plan de formation
Mettre en place un dispositif de mise à niveau de maturité 3 pour les dispositifs médicaux
Mettre en place un dispositif de mise à niveau de maturité 3 pour le sang et ses produits dérivés (PDS)

Continuer l’implémentation des pôles régionaux
Elaborer et mettre en œuvre le plan opérationnel pour l’atteinte du niveau de maturité 4 (NM4)
Élaborer les textes d’application de la loi pharmaceutique
Accélérer le relèvement du capital humain
PROGRAMME PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE
CAP
Certification et assurance qualité : engager le Laboratoire de toxicologie dans une démarche d'accréditation aux normes internationales pour fiabiliser les expertises toxicologiques
Modernisation de la ligne d'urgence : digitaliser et automatiser le système de réponse téléphonique (Hotline 24/7) pour une meilleure prise en charge des appels de détresse liés aux empoisonnements.
Partenariats de recherche clinique : développer des programmes d'études épidémiologiques conjoints avec la Faculté de Médecine (FMPOS) de l'UCAD sur les prévalences d'intoxications par les pesticides et produits chimiques industriels.
Campagnes ciblées de prévention : initier des actions de sensibilisation de proximité face aux risques d'intoxications
Disponibilité des antidotes : structurer une banque nationale d'antidotes et de sérums antivenimeux, gérée par le CNAP, pour approvisionner rapidement les structures de santé de référence.
Renforcement du diagnostic biologique : développer et standardiser des protocoles d'analyses toxicologiques avancées au sein du laboratoire pour identifier rapidement les agents toxiques chez les patients admis en urgence.
PROGRAMME OFFRE DE SOINS DE QUALITE
DLM et Programmes de santé
Digitalisation des visites à domicile (VAD) et de l'investigation de la tuberculose.
Construction de la clinique spécialisée de prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle au Centre de Santé de Touba.
Renforcement de la mise en œuvre des interventions prioritaires de lutte contre les MNT grâce aux nouvelles ressources domestiques mobilisées.
Passage à l'échelle de la routinisation du déparasitage des femmes en âge de reproduction.
Validation institutionnelle et démarrage de la mise en œuvre du PSNI 2026-2030.
Validation et mise en œuvre du Plan stratégique national de santé mentale.
Extension de la mise en œuvre des autotests VIH dans les officines privées.
Renforcement des activités communautaires de promotion de la santé bucco-dentaire.
Renforcement du système d'assurance qualité des données et poursuite du Data Pool Monitoring au sein de la DLM.

Poursuite des sessions de renforcement des capacités des membres du BSE sur l'analyse des données.
CNDT
Construire un siège fonctionnel pour le CNDT
Evaluer et réviser le plan stratégique 2021-2025 du CNDT.
Mettre en place une stratégie d'acquisition de la logistique liée à la transplantation
Élaborer le guide du parcours de soins du donneur et du receveur.
Promouvoir la greffe de cornée au Sénégal
Faire des missions de supervision sur le Tracker des centres de dialyse

III- BILAN FINANCIER

La situation d'exécution des crédits hors dépenses de Personnel et hors ressources extérieures ouverts au titre de la gestion 2025 figure au tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Répartition des paquets budgétaires 2025 par programme (hors dépenses de personnel et ressources extérieures)

Programmes / Catégories de dépenses	LFI 2025	Crédits ouverts	Crédits ordonnancés	Taux d'exécution
Biens et services	20 502 816 416	30 699 851 782	30 247 750 280	98,53%
Transferts courants	14 033 997 000	15 772 339 390	15 772 339 390	100,00%
Investissements exécutés par l'Etat	242 109 000	155 552 389	142 554 339	91,64%
Total Pilotage, Coordination et Gestion administrative	**34 778 922 416**	**46 627 743 561**	**46 162 644 009**	**99,00%**
Biens et services	3 972 280 087	3 714 008 049	3 654 943 409	98,41%
Transferts courants	13 013 080 000	11 470 730 000	11 470 730 000	100,00%
Investissements exécutés par l'Etat	8 169 059 631	4 493 449 729	3 450 627 578	76,79%
Transferts en capital	204 000 000	-	-	0,00%
Total Santé de base	**25 358 419 718**	**19 678 187 778**	**18 576 300 987**	**94,40%**
Biens et services	388 025 000	334 944 685	310 629 745	92,74%
Transferts courants	30 434 827 421	28 474 807 384	28 474 807 384	100,00%
Investissements exécutés par l'Etat	2 283 693 127	1 295 546 968	108 039 877	8,34%
Transferts en capital	2 227 000 000	1 402 000 000	1 402 000 000	100,00%
Total Santé de référence	**35 333 545 548**	**31 507 299 037**	**30 295 477 006**	**96,15%**
Biens et services	813 446 518	659 043 906	656 780 356	99,66%
Transferts courants	667 347 671	659 347 671	659 347 671	100,00%
Investissements exécutés par l'Etat	330 000 000	159 243 590	149 095 000	93,63%
Transferts en capital	132 000 000	120 000 000	120 000 000	100,00%
Total Protection sociale	**1 942 794 189**	**1 597 635 167**	**1 585 223 027**	**99,22%**
Total général	**97 413 681 871**	**99 410 865 543**	**96 619 645 029**	**97,19%**

La situation d'exécution du budget du MSHP hors dépenses de Personnel et hors ressources extérieures au deuxième trimestre 2026 se présente comme suit :

Tableau 8 : Situation d'exécution du budget du MSHP au troisième trimestre 2026

Libellé programme	Catégories de dépenses	Crédits ouverts	Crédits engagées	Taux à l'engagement	Crédits liquidés	Taux à la liquidation	Crédits ordonnancés	Taux a l'ordonnancement
Pilotage, Coordination et Gestion administrative	Biens et services	22 482 228 976	19 750 820 407	87,85%	19 343 700 791	86,04%	19 340 917 926	86,03%
	Transferts courants	14 776 344 671	14 022 706 471	94,90%	14 022 706 471	94,90%	14 022 706 471	94,90%
	Investissements exécutés par l'Etat	90 250 000	82 308 473	91,20%	54 508 413	60,40%	54 508 413	60,40%
Total Pilotage, Coordination et Gestion administrative		**37 348 823 647**	**33 855 835 351**	**90,65%**	**33 420 915 675**	**89,48%**	**33 418 132 810**	**89,48%**
Prévention et promotion de la santé	Biens et services	1 205 193 173	934 741 427	77,56%	700 451 624	58,12%	698 421 729	57,95%
	Transferts courants	15 521 720 848	11 865 950 848	76,45%	11 865 950 848	76,45%	11 865 950 848	76,45%
	Investissements exécutés par l'Etat	1 923 306 406	28 347 318	1,47%	26 098 238	1,36%	26 098 238	1,36%
Total Prévention et promotion de la santé		**18 650 220 427**	**12 829 039 593**	**68,79%**	**12 592 500 710**	**67,52%**	**12 590 470 815**	**67,51%**
Offre de soins de qualité	Biens et services	2 476 665 089	2 191 696 035	88,49%	1 946 733 081	78,60%	1 946 233 081	78,58%
	Transferts courants	30 281 827 421	22 636 711 635	74,75%	22 636 711 635	74,75%	22 636 711 635	74,75%
	Investissements exécutés par l'Etat	16 825 658 168	5 638 436 270	33,51%	2 301 705 207	13,68%	2 301 705 207	13,68%
	Transferts en capital	2 604 000 000	2 216 500 000	85,12%	2 216 500 000	85,12%	2 216 500 000	85,12%
Total Offre de soins de qualité		**52 188 150 678**	**32 683 343 940**	**62,63%**	**29 101 649 923**	**55,76%**	**29 101 149 923**	**55,76%**
Total général		**108 187 194 752**	**79 368 218 884**	**73,36%**	**75 115 066 308**	**69,43%**	**75 109 753 548**	**69,43%**

Il ressort de l'examen du tableau que globalement, le taux d'exécution du budget au troisième trimestre 2026 est de **69,43%.** Spécifiquement, le programme Pilotage, Coordination et Gestion administrative a le taux le plus élevé **(89,48%),** suivi du programme Prévention et promotion de la santé **(67,51%)** et enfin du programme Offre de soins de qualité **(55,76%).**

L'examen des différents rapports d'exécution budgétaire produits par la DAGE montrent des difficultés dans la mobilisation des ressources du MSHP. Les principales sont, entre autres :

- le retard dans l'approbation par le MEFP de certains dossiers de marchés ;
- la lourdeur de certaines dispositions du code des marchés (délais de préparation des offres) ;

les lenteurs dans l'émission des titres dues aux fréquents blocages du système

IV- PROJET DE BUDGET 2027

Le projet de budget du MSHP pour l'exercice 2027 a été préparé en s'appuyant sur les orientations dégagées par la lettre n°03851 MEFP/DGB/DPB/DS du 29 juillet 2026 portant notification des enveloppes budgétaires 2027-2029 et par la Circulaire n°046 MEFP/DGB/DPB/DS du 30 juillet 2026 relative à la préparation du projet de loi de finances initiale pour l'année 2027. Il intègre les arbitrages rendus à l'issue des conférences budgétaires, tels que traduits dans le **Projet de Loi de Finances initiale (PLFI) pour l'année 2027**.

Il s'adosse essentiellement sur les documents stratégiques du Ministère, notamment la lettre de politique sectorielle (LPS), le plan national de Développement sanitaire et sociale (PNDSS) et les orientations formulées par le Gouvernement qu'il tend à opérationnaliser.

IV. 1 PRESENTATION GENERALE DU PROJET DE BUDGET 2027 DU MSHP

Au titre de l'année 2027, le Projet de Loi de Finances initiale (PLFI) arrête les crédits du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), toutes sources de financement confondues, à la somme de deux cent quarante-six milliards six cent soixante-cinq millions sept cent quatre-vingt-seize mille quatre cent soixante-deux (**246 665 796 462**) francs CFA, en autorisations d'engagement (AE) comme en crédits de paiement (CP), contre **217 278 557 940 FCFA** dans la Loi de Finances Initiale (LFI) 2026, soit une hausse de **29 387 238 522 FCFA (+13,53%)**.

Ces crédits se répartissent entre les ressources internes, pour 213 466 803 782 FCFA (86,54%), dont 91 657 497 820 FCFA de dépenses de personnel et 121 809 305 962 FCFA de crédits hors personnel, et les ressources extérieures, pour 33 198 992 680 FCFA (13,46%), constituées de dons (9 598 992 680 FCFA) et de prêts (23 600 000 000 FCFA).

Sur le périmètre des ressources internes hors dépenses de personnel, qui a fait l'objet de la notification des enveloppes indicatives, la dotation 2027 s'établit à **121 809 305 962 FCFA**, contre 96 076 147 878 FCFA notifiés en juillet 2026 et 103 527 188 752 FCFA en LFI 2026. Les arbitrages ont ainsi permis d'obtenir **25 733 158 084 FCFA de mesures nouvelles**, soit 68,96% des 37 315 090 289 FCFA sollicités, et de porter les crédits hors personnel à un niveau supérieur de 18 282 117 210 FCFA (+17,66%) à celui de la LFI 2026.

Sur la période 2027-2029, la programmation pluriannuelle des crédits sur ressources internes hors personnel est portée à 318 768 462 571 FCFA. Elle intègre la dotation 2027 issue du PLFI et les plafonds indicatifs notifiés pour 2028 (95 728 838 282 FCFA)

et 2029 (101 230 318 327 FCFA), lesquels devront être actualisés pour tenir compte des mesures nouvelles à caractère reconductible.

Ce niveau de dotation est arrêté dans un contexte international marqué par de fortes incertitudes sur les plans économique et géopolitique, ainsi que par une conjoncture nationale où l'économie sénégalaise demeure exposée à plusieurs risques susceptibles d'affecter la soutenabilité des finances publiques : tensions géopolitiques et sécuritaires aux niveaux international et sous-régional, hausse des prix des hydrocarbures et ses répercussions sur le coût de la vie, contraction des financements extérieurs, effets des changements climatiques, entre autres.

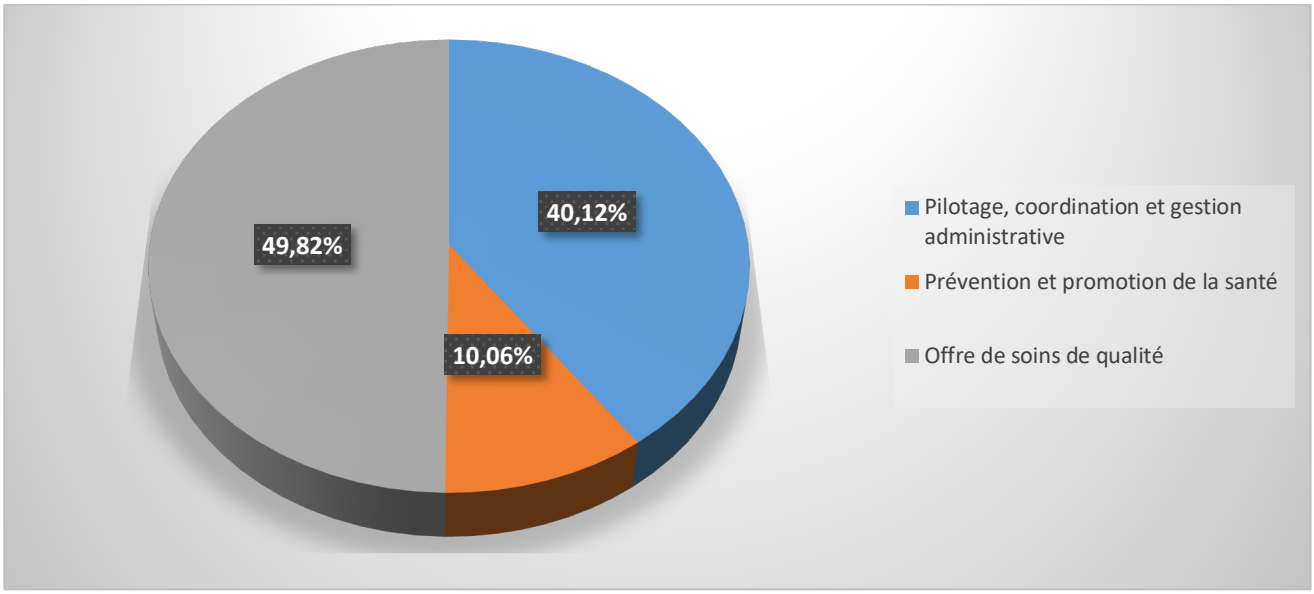
Sur le plan budgétaire, il convient de souligner que les efforts engagés ont permis de circonscrire le déficit à 6,4 % du PIB en 2025, contre une prévision initiale de 7,8 % fixée dans le cadre de la seconde loi de finances rectificative.

Malgré ce contexte contraignant, le Gouvernement réaffirme sa ferme volonté de poursuivre et d'intensifier les efforts en faveur de la restauration durable des équilibres macroéconomiques et budgétaires. Les crédits inscrits au PLFI 2027 au profit du MSHP se répartissent comme suit :

Tableau 9 : Répartition des crédits alloués au MSHP pour l'année 2027 (PLFI, toutes sources de financement)

Programmes	Années / Catégories de dépenses	Sources de financement	PLFI 2027	Part
Pilotage, coordination et gestion administrative	Dépenses de personnel	RI	47 775 140 213	
	Biens et services	RI	47 829 081 338	
	Transferts courants	RI	3 292 184 320	
	Investissements exécutés par l'Etat	RI	72 068 769	
	Transferts en capital	RI	-	
Total Pilotage, coordination et gestion administrative			**98 968 474 640**	**40,12%**
Prévention et promotion de la santé	Dépenses de personnel	RI	5 328 272 847	
	Biens et services	RI	4 029 644 864	
	Transferts courants	RI	14 739 598 449	
	Investissements exécutés par l'Etat	RI	711 384 634	
		RE	-	
	Transferts en capital	RI	-	
Total Prévention et promotion de la santé			**24 808 900 794**	**10,06%**
Offre de soins de qualité	Dépenses de personnel	RI	38 554 084 760	
	Biens et services	RI	2 858 059 205	
	Transferts courants	RI	34 232 887 421	
	Investissements exécutés par l'Etat	RI	11 964 983 382	
		RE	31 517 750 180	
	Transferts en capital	RI	2 079 413 580	
		RE	1 681 242 500	
Total Offre de soins de qualité			**122 888 421 028**	**49,82%**
TOTAL GENERAL			**246 665 796 462**	**100%**

Figure 1 : Répartition des crédits alloués au MSHP pour l'année 2027 (PLFI, toutes sources de financement)



L'examen du tableau et du graphique montre que le programme Offre de soins de qualité concentre la part la plus importante des crédits (**122 888 421 028 FCFA, soit 49,82%**), suivi du programme Pilotage, coordination et gestion administrative (**98 968 474 640 FCFA, soit 40,12%**) et du programme Prévention et promotion de la santé (**24 808 900 794 FCFA, soit 10,06%**).

Comparée à la LFI 2026, la dotation 2027 progresse de **29 387 238 522 FCFA (+13,53%)**, à masse salariale globale quasi constante (+0,56%). Cette évolution recouvre des dynamiques contrastées selon les programmes. Le programme Pilotage, coordination et gestion administrative progresse de 40 601 966 258 FCFA (+69,56%), sous l'effet conjugué de la réimputation d'une partie de la masse salariale au niveau de la DRH et des Directions régionales de la santé (+26 598 372 478 FCFA de dépenses de personnel) et des mesures nouvelles obtenues. Le programme Prévention et promotion de la santé progresse de 871 723 729 FCFA (+3,64%). Le programme Offre de soins de qualité recule de 12 086 451 465 FCFA (-8,95%), la baisse de ses crédits de personnel (- 26 592 462 801 FCFA), consécutive à la même réimputation, n'étant que partiellement compensée par la hausse des ressources extérieures (+13 598 992 680 FCFA) et des transferts courants (+3 951 060 000 FCFA).

Au regard de l'insuffisance de l'enveloppe initialement notifiée, des crédits supplémentaires d'un montant de 37 315 090 289 FCFA avaient été sollicités au titre des mesures nouvelles. Le PLFI en retient **25 733 158 084 FCFA** sur ressources internes hors personnel, répartis entre le programme Pilotage, coordination et gestion administrative (16 361 454 297 FCFA, pour 18 380 112 803 FCFA demandés), le

programme Prévention et promotion de la santé (4 440 032 158 FCFA, pour 9 607 503 084 FCFA demandés) et le programme Offre de soins de qualité (4 931 671 629 FCFA, pour 9 327 474 402 FCFA demandés). S'y ajoutent 16 600 000 000 FCFA de mesures nouvelles sur ressources extérieures, au titre du Projet de Renforcement du Système de Santé et de Protection sociale 2026-2030 – NATANGUÉ (12 300 000 000 FCFA, Banque mondiale) et de la reconstruction de l'hôpital Aristide Le Dantec (4 300 000 000 FCFA).

Tableau 9 bis : Évolution des crédits du MSHP entre la LFI 2026 et le PLFI 2027

Rubriques	LFI 2026	PLFI 2027	Écart	Variation
Par programme				
Pilotage, coordination et gestion administrative	58 366 508 382	98 968 474 640	40 601 966 258	+69,56%
Prévention et promotion de la santé	23 937 177 065	24 808 900 794	871 723 729	+3,64%
Offre de soins de qualité	134 974 872 493	122 888 421 028	- 12 086 451 465	-8,95%
Par catégorie de dépenses et source de financement				
Dépenses de personnel (RI)	91 151 369 188	91 657 497 820	506 128 632	+0,56%
Biens et services (RI)	26 164 087 238	54 716 785 407	28 552 698 169	+109,13%
Transferts courants (RI)	58 912 169 092	52 264 670 190	- 6 647 498 902	-11,28%
Investissements exécutés par l'État (RI)	15 846 932 422	12 748 436 785	- 3 098 495 637	-19,55%
Transferts en capital (RI)	2 604 000 000	2 079 413 580	- 524 586 420	-20,15%
Investissements exécutés par l'État (RE)	22 600 000 000	31 517 750 180	8 917 750 180	+39,46%
Transferts en capital (RE)	-	1 681 242 500	1 681 242 500	Nouveau
TOTAL GÉNÉRAL	**217 278 557 940**	**246 665 796 462**	**29 387 238 522**	**+13,53%**
dont ressources internes hors personnel	103 527 188 752	121 809 305 962	18 282 117 210	+17,66%

IV. 2 PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DU PROJET DE BUDGET 2027 DU MSHP PAR PROGRAMME ET PAR CATÉGORIE DE DÉPENSES

Le projet de budget du MSHP pour la gestion 2027 est réparti entre les différents programmes ci-dessous.

IV.2.1 Budget du Programme pilotage coordination et Gestion administrative

Le budget du programme Pilotage, coordination et gestion administrative est arrêté à la somme de **98 968 474 640 FCFA**, dont 51 193 334 427 FCFA hors dépenses de

personnel. Il est réparti par catégories de dépenses comme indiqué au tableau ci-dessous :

Tableau 10 : Projet de budget 2027 du programme pilotage, coordination et gestion administrative

Programmes	Années / Catégories de dépenses	Sources de financement	PLFI 2027	Part
Pilotage, coordination et gestion administrative	Dépenses de personnel	RI	47 775 140 213	48,27%
	Biens et services	RI	47 829 081 338	48,33%
	Transferts courants	RI	3 292 184 320	3,33%
	Investissements exécutés par l'Etat	RI	72 068 769	0,07%
	Transferts en capital	RI	-	0,00%
Total Pilotage, coordination et gestion administrative			**98 968 474 640**	**100%**

- **Catégorie 2- dépenses de personnel**

Les dépenses de personnel sont arrêtées à la somme de **47 775 140 213 FCFA** et représentent 48,27% des crédits du programme, contre 21 176 767 735 FCFA en LFI 2026. Cette hausse de 26 598 372 478 FCFA résulte essentiellement de la réimputation au programme d'une partie de la masse salariale précédemment portée par les structures du programme Offre de soins de qualité, désormais regroupée au niveau de la Direction des Ressources humaines (26 396 265 572 FCFA) et des Directions régionales de la santé.

- **Catégorie 3- dépenses de Biens et Services**

Les dépenses des biens et services de ce programme prennent en charge le fonctionnement des structures suivantes : Cabinet, DAGE, Bureau de gestion du siège, Comptes nationaux de la santé, Cellule de communication, Cellule de passation des marchés, Cellule genre et de l'équité, Cellule informatique, Cellule santé digitale, les CFRS, DPRS, DAJ, DEM, DRH, les DRS, IAAF et l'ENTSS. En plus du fonctionnement de ces structures, ces dépenses prennent en charge les salaires des volontaires de la santé /Emploi des jeunes et la Contractualisation.

Ces dépenses sont arrêtées à la somme de **47 829 081 338 FCFA** et représentent **48,33%** des crédits du programme, contre 22 482 228 976 FCFA en LFI 2026. Cette progression de 25 346 852 362 FCFA s'explique principalement par la couverture du besoin de la

ligne « Contractualisation », portée à **26 067 543 797 FCFA** (dont 10 295 495 297 FCFA de mesure nouvelle pour les salaires des contractuels et 3 076 800 000 FCFA pour leur indemnité de logement), par le reclassement en biens et services des primes de motivation des agents de santé, dotées de **11 646 471 494 FCFA** (dont 1 218 767 494 FCFA de mesure nouvelle), par le renforcement de la maintenance des équipements biomédicaux (6 986 958 873 FCFA, dont 1 000 000 000 FCFA de mesure nouvelle) et par l'inscription de 270 000 000 FCFA pour le renforcement de capacités des infirmiers et sages-femmes d'État.

- **Catégorie 4- dépenses de transferts courants**

Sont imputées sur les transferts courants les subventions à l'Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique (ARP), à l'IRESSEF et aux centres régionaux de formation, les bourses et allocations de l'ENTSS, les transferts gérés par la DRH ainsi que les contributions du Sénégal à l'OMS et à la CEPI.

Les dépenses de transferts courants sont arrêtées à la somme de **3 292 184 320 FCFA** et représentent **3,33%** des crédits du programme, contre 14 617 261 671 FCFA en LFI 2026. Cette baisse apparente de 11 325 077 351 FCFA traduit, pour l'essentiel, le reclassement des primes de motivation en biens et services. Les transferts gérés par la DRH s'établissent à 1 530 691 000 FCFA (dont 768 727 506 FCFA de mesure nouvelle) et les contributions à l'OMS (75 000 000 FCFA) et à la CEPI (111 808 320 FCFA) font désormais l'objet de chapitres dédiés. Le Fonds d'Action Médicale, doté de 100 000 000 FCFA, voit 308 264 671 FCFA de ses crédits réalloués à la Direction de l'Action médico-sociale (programme Offre de soins de qualité).

- **Catégorie 5- dépenses d'investissement**

Les dépenses d'investissement exécutées par l'Etat sont arrêtées à la somme de **72 068 769 FCFA** et représentent **0,07%** des crédits du programme. Elles sont réparties comme suit :

LIBELLE_CHAPITRE	PLFI 2027
PROJET DIGITALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (PDSS)	24 568 769
PROJET DELIVERY UNIT / RELANCE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE LOCALE / ANT	47 500 000
Total	**72 068 769**

- **Catégorie 6- dépenses de transferts en capital**

Le projet de budget 2027 du programme pilotage ne dispose pas de dépenses de transferts en capital.

IV.2.2 Budget du Programme Prévention et promotion de la santé

Le budget du programme Prévention et promotion de la santé est arrêté à la somme de **24 808 900 794 FCFA**, dont 19 480 627 947 FCFA hors dépenses de personnel. Il est réparti par catégories de dépenses comme indiqué au tableau ci-dessous :

Tableau 11 : Projet de budget 2027 du programme Prévention et promotion de la santé

Programmes	Années / Catégories de dépenses	Sources de financement	PLFI 2027	Part
Prévention et promotion de la santé	Dépenses de personnel	RI	5 328 272 847	21,48%
	Biens et services	RI	4 029 644 864	16,24%
	Transferts courants	RI	14 739 598 449	59,41%
	Investissements exécutés par l'Etat	RI	711 384 634	2,87%
		RE	-	0,00%
	Transferts en capital	RI	-	0,00%
Total Prévention et promotion de la santé			**24 808 900 794**	**100%**

- **Catégorie 2- dépenses de personnel**

Les dépenses de personnel sont arrêtées à la somme de **5 328 272 847 FCFA** et représentent 21,48% des crédits du programme, en hausse de 500 218 955 FCFA (+10,36%) par rapport à la LFI 2026, en lien notamment avec la réimputation des soldes au profit de la Direction de la Prévention et du Service national de l'Hygiène.

- **Catégorie 3- Biens et services**

L'enveloppe des dépenses des biens et services de ce programme prend en charge le fonctionnement des structures suivantes : la DP, la DSME, la DPHP, la DQSHH, le SNH, le SNEISS, les Brigades régionales d'hygiène, les brigades spéciales de Touba et Tivaouane, les sous brigades d'hygiène, les cellules de la médecine traditionnelle et de

la santé communautaire, le CAP, les Polices sanitaires aux frontières maritimes et aériennes, les programmes de santé (TB, Palu, SIDA, Hépatite, Buco dentaire, Tabac, Diabète, PEV et Riposte rapides aux épidémies).

Ces dépenses sont arrêtées à la somme de **4 029 644 864 FCFA** et représentent **16,24%** des crédits du programme, contre 1 205 193 173 FCFA en LFI 2026. Cette hausse s'explique principalement par le reclassement en biens et services des primes des Bajenu Gox, dotées de 2 615 544 864 FCFA (dont 557 910 625 FCFA de mesure nouvelle). Les sous-brigades d'hygiène bénéficient par ailleurs de crédits de fonctionnement plus conséquents.

- **Catégorie 4- Transferts courants**

Les dépenses de transferts courants prennent en charge l'acquisition des vaccins du PEV et des médicaments et produits de santé des programmes (SIDA, tuberculose, cancer, diabète, santé de la reproduction), désormais retracés sur des lignes de subvention dédiées, ainsi que la dotation du Centre anti-poison (400 000 000 FCFA) au titre de la prévention et de la prise en charge des intoxications.

Elles sont arrêtées à la somme de **14 739 598 449 FCFA** et représentent **59,41%** des crédits du programme, en hausse de 726 518 449 FCFA (+5,18%) par rapport à la LFI 2026. Des mesures nouvelles de 3 882 121 533 FCFA ont été retenues pour les vaccins du PEV (1 500 000 000 FCFA), les médicaments de lutte contre le SIDA (1 129 227 255 FCFA), la tuberculose (815 244 748 FCFA) et le cancer (337 649 530 FCFA), ainsi que pour les produits contraceptifs et médicaments de santé de la reproduction (100 000 000 FCFA). La ligne PEV, portée à 6 174 598 449 FCFA, demeure toutefois en deçà du besoin exprimé (6 053 340 309 FCFA de crédits supplémentaires sollicités), dans un contexte de retrait progressif du partenaire GAVI.

- **Catégorie 5 : investissements exécutés par l'Etat**

Les investissements exécutés par l'Etat sur ressources internes sont arrêtés à la somme de **711 384 634 FCFA** et représentent **2,87%** des crédits du programme. Aucun crédit sur ressources extérieures n'est inscrit pour 2027 au titre de ce programme, les financements de la Belgique (renforcement du système de santé maternelle et infantile) et du Fonds mondial (paludisme et autres endémies), inscrits pour 3 000 000 000 FCFA en LFI 2026, n'étant pas reconduits dans le PLFI.

Le tableau ci-dessous donne la répartition des crédits d'investissements par projets et programme.

Tableau 12 : répartition de l'enveloppe des investissements du programme Prévention et promotion de la santé

LIBELLE_CHAPITRE	PLFI 2027
Ressources internes	
Amélioration des capacités de surveillance intégrée et de réponse aux urgences de sécurité sanitaire des aliments	0
Projet d'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles/ANT	415 384 634
Projet de renforcement du système de santé maternelle et infantile dans la région centrale du Sénégal / ANT	38 172 781
Projet d'amélioration de la santé néonatale maternelle et infantile / ANT	257 827 219
Total ressources internes	**711 384 634**
Total	**711 384 634**

- **Catégorie 6- Transferts en capital**

Le projet de budget 2027 du programme Prévention et promotion de la santé ne dispose pas de dépenses de transferts en capital.

IV.2.3. Budget du programme Offre de soins de qualité

Le budget du programme Offre de soins de qualité est arrêté à la somme de **122 888 421 028 FCFA**, dont 51 135 343 588 FCFA sur ressources internes hors dépenses de personnel et 33 198 992 680 FCFA sur ressources extérieures. Il est réparti par catégories de dépenses comme indiqué au tableau ci-dessous :

Tableau 13 : Projet de budget 2027 du programme Offre de soins de qualité

Programmes	Années / Catégories de dépenses	Sources de financement	PLFI 2027	Part
Offre de soins de qualité	Dépenses de personnel	RI	38 554 084 760	31,37%
	Biens et services	RI	2 858 059 205	2,33%
	Transferts courants	RI	34 232 887 421	27,86%
	Investissements exécutés par l'Etat	RI	11 964 983 382	9,74%
		RE	31 517 750 180	25,65%
	Transferts en capital	RI	2 079 413 580	1,69%
		RE	1 681 242 500	1,37%
Total Offre de soins de qualité			**122 888 421 028**	**100%**

- **Catégorie 2- dépenses de personnel**

Les dépenses de personnel sont arrêtées à la somme de **38 554 084 760 FCFA** et représentent 31,37% des crédits du programme, contre 65 146 547 561 FCFA en LFI 2026. La baisse de 26 592 462 801 FCFA résulte de la réimputation d'une partie des soldes des établissements et districts au niveau de la DRH et des Directions régionales de la santé (programme Pilotage, coordination et gestion administrative).

- **Catégorie 3- Biens et services**

L'enveloppe des biens et services prend en charge le budget de la DGES, de la Direction des établissements publics de santé, de la Direction des établissements privés de santé, de la DLM, de la DAMS, de la Direction des Laboratoires, de la DGS, du LNSP, des laboratoires régionaux, du Centre Talibou DABO, de la Banque de sang, des districts, des centres de santé et centres de santé secondaires, des centres psychiatriques de Botou, Djimkore et Emile Badiane, du COUS, du Service de lutte anti palustre et de l'Unité mobile.

Ces dépenses sont arrêtées à la somme de **2 858 059 205 FCFA** et représentent **2,33%** des crédits du programme, en hausse de 381 394 116 FCFA (+15,40%) par rapport à la LFI 2026, portée notamment par la dotation de la Direction de l'Action médico-sociale (322 531 196 FCFA), qui bénéficie de la réallocation de crédits du Fonds d'Action Médicale.

- **Catégorie 4- Transferts courants**

Les dépenses de transferts courants prennent en charge la subvention d'exploitation des EPS, la prise en charge du "Yeksina Djeguessina" et le fonctionnement du CNDT.

Elles sont arrêtées à la somme de **34 232 887 421 FCFA** et représentent **27,86%** des crédits du programme, en hausse de 3 951 060 000 FCFA (+13,05%) par rapport à la LFI 2026. Les mesures nouvelles retenues, d'un montant de 4 912 071 629 FCFA, permettent de rétablir et de relever les subventions d'exploitation de l'ensemble des EPS, initialement réduites dans l'enveloppe notifiée, au premier rang desquels l'hôpital Aristide Le Dantec (+438 361 173 FCFA), l'hôpital Abbass Ndao (+355 801 173 FCFA), l'Hôpital général de Grand Yoff (+318 481 173 FCFA) et le CHU de Fann (+250 021 190 FCFA). Elles couvrent également le SAMU (+75 781 173 FCFA) et les indemnités des contractuels de la PNA (+116 820 000 FCFA).

- **Catégorie 5- Investissements exécutés par l'Etat**

Les investissements exécutés par l'Etat sont arrêtés à la somme de **43 482 733 562 FCFA** et représentent **35,38%** des crédits du programme, dont 11 964 983 382 FCFA sur ressources internes et 31 517 750 180 FCFA sur ressources extérieures. Ces derniers concernent la reconstruction de l'hôpital Aristide Le Dantec (11 300 000 000 FCFA, financement Société Générale), le Projet de Renforcement du Système de Santé et de Protection sociale 2026-2030 – NATANGUÉ (10 618 757 500 FCFA, Banque mondiale) et la réhabilitation de l'hôpital régional Ahmet Sakhir Ndieguene de Thiès (9 598 992 680 FCFA, JICA).

Les crédits d'investissements ont prévu principalement des dotations au profit des nouveaux projets construction et réhabilitation de diverses structures sanitaires de référence et programme spécial de développement des laboratoires/ANT

Le tableau ci-dessous donne la répartition des crédits d'investissements par projet.

Tableau 14 : répartition des dépenses d'investissement du programme Offre de soins de qualité

LIBELLE_CHAPITRE	PLFI 2027
Ressources internes	
CONSTRUCTION ET REHABILITATION DE DIVERSES STRUCTURES SANITAIRES / ANT	2 139 286 850
PROJET COUVERTURE SANITAIRE - VOLET OFFRE DE SOINS / DPL 2 / JAPON	595 000 000
CONSTRUCTION ET EQUIPEMENT CENTRE DE SANTE DE DIAKHAYE / ANT	1 774 565 595
CONSTRUCTION ET REHABILITATION DE DIVERSES STRUCTURES SANITAIRES DE REFERENCE	2 556 130 936
PROJET DE CONSTRUCTION ET D'ÉQUIPEMENT DE NEUF (9) CENTRES DE SANTÉ / ANT	1 000 000 000
PROJET D'EQUIPEMENT DES SERVICES D'ACCUEIL ET D'URGENCE / ANT	300 000 000
PROJET D'EQUIPEMENT DE DIVERSES STRUCTURES DE SANTE / ANT	1 600 000 000
PROJET D'EQUIPEMENT DE DIVERSES STRUCTURES DE SANTE DE REFERENCE / ANT	1 600 000 000
PROGRAMME SPECIAL DE DEVELOPPEMENT DES LABORATOIRES/ANT	400 000 000
Total ressources internes	**11 964 983 382**
Ressources extérieures	
REHABILITATION DE L'HOPITAL REGIONAL AHMET SAKHIR NDIEGUENE DE THIES (JICA – don)	9 598 992 680
PROJET DE RECONSTRUCTION DE L'HOPITAL LE DANTEC (Société Générale – prêt)	11 300 000 000

PROJET DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE 2026-2030 – NATANGUÉ (Banque mondiale – prêt)	10 618 757 500
Total ressources extérieures	**31 517 750 180**
Total général	**43 482 733 562**

- **Catégorie 6- Transferts en capital**

Les dépenses de transferts en capital sont arrêtées à la somme de **3 760 656 080 FCFA** et représentent **3,06%** des crédits du programme. Elles comprennent, sur ressources internes, l'appui aux Etablissements publics de santé dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), pour 2 079 413 580 FCFA, et, sur ressources extérieures, les transferts du projet NATANGUÉ au profit de l'Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique (602 440 000 FCFA), du SAMU (600 119 500 FCFA) et de SEN PNA (478 683 000 FCFA), soit 1 681 242 500 FCFA. La ligne relative à la construction, réhabilitation et équipement des postes de santé (BCI décentralisé) n'est pas dotée pour 2027.