

Academiejaar 2014 - 2015

L'accès aux soins de santé au Sénégal: étude descriptive et exploratrice

Fatou Touré

Promotor: Prof. Dr. Jan de Maeseneer

Scriptie voorgedragen in de 2^{de} Master in het kader van de opleiding

MASTER OF MEDICINE IN DE GENEESKUNDE

“De auteur en de promotor geven de toelating dit afstudeerwerk voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit dit afstudeerwerk.”

Datum

10 augustus 2015

(handtekening)

Fatou Touré

Pr. Dr. Jan de Maeseneer

Remerciements

J'aimerais remercier mon directeur de mémoire Pr Jan de Maeseneer pour son soutien, son aide, sa disponibilité et surtout sa disponibilité dans l'élaboration de ce travail, ce fut long un long chemin.

Merci à ma famille : mes parents, mes frères et sœurs, mon mari et mes enfants.

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	i
Table des matières.....	ii
Abréviations et acronymes.....	v
Résumé.....	vii
Samenvatting.....	viii
I. Introduction.....	1
II. Le Sénégal.....	2
A. Caractéristiques géographiques et administratives.....	2
a) Cadre géographique.....	2
b) Indicateurs sociodémographiques.....	3
c) Découpage administratif.....	4
B. Aperçu économique et social.....	5
C. Profil sanitaire.....	6
III. Organisation du système sanitaire.....	9
A. Au niveau central.....	9
B. Au niveau intermédiaire.....	10
C. Au niveau périphérique.....	10
IV. Fonctionnement du système sanitaire.....	13
A. La politique de santé.....	13

B. Les programmes.....	14
a) PEV.....	14
b) PNDS.....	15
c) PNLP.....	15
d) PNLT.....	16
e) CNLS.....	16
C. Le fonctionnement des services de santé.....	17
V. Les difficultés.....	22
A. L'état et la santé : politique et gestion.....	22
B. Financement de la santé.....	27
C. Difficultés liées aux structures de soins.....	30
a) Etat des structures de santé et l'offre des soins.....	31
b) L'inégale répartition des structures de santé et des médecins.....	33
c) La disponibilité des soins de santé primaires et qualité des soins dans les structures sanitaires.....	41
d) Les médicaments.....	43
D. Difficultés liées à la population.....	45
a) L'utilisation des soins de santé.....	45
✚ Utilisation des services de santé de manière générale.....	45
✚ Utilisation des soins de santé maternelle, néonatale et infantile.....	47
✚ Utilisation des services de santé reproductive.....	50
b) L'aspect financier.....	51

VI. Possibilités de développement des soins de santé primaires au Sénégal.....	54
A. Financement de la santé.....	56
B. Gestion et bonne gouvernance.....	58
C. Stratégies de développement des ressources humaines.....	59
a) Passer à la vitesse supérieure en matière de planification des ressources humaines.....	59
b) Simplifier les services et déléguer à bon escient.....	60
c) Assurer la santé et la sécurité du personnel sanitaire.....	60
d) Déployer le personnel pour tendre vers la continuité des soins.....	61
D. Des soins de qualité.....	61
E. L'accès aux médicaments.....	62
F. Situation sanitaire et atteinte des OMD.....	62
VII. Conclusion.....	65
Références.....	67

Liste des abréviations et acronymes

ASC:	Agent de Santé Communautaire
ARV:	Anti rétroviraux
CAS/PNDS:	Cellule d'appui et de suivi du PNDS
CEDEAO:	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHU:	Centre Hospitalier Universitaire
CNLS:	Comité Nationale de Lutte contre le SIDA
CS:	Centre de Santé
DRH:	Directeur des Ressources Humaines
DSR:	Division de la santé de la reproduction
EDS IV:	Enquête Démographique et de Santé numéro quatre
EDS V:	Enquête Démographique et de Santé numéro cinq
ENDSS:	Ecole nationale de développement sanitaire et social
EPS:	Etablissement Public de Santé
IPGP:	Identification Physique et Géographique du Personnel
IPH:	Indice de Pauvreté Humaine
IST:	Infection Sexuellement Transmissibles
MSP:	Ministère de la Santé et de la Prévention
OMD:	Objectifs Millénaires de Développement
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé

ONG:	Organisme Non Gouvernementale
OUA:	Organisation de l' Union Africaine
PED:	Pays en voie de Developpement
PEV:	Programme Elargi de Vaccination
PDIS:	Programme de Développement Intégré à la Santé
PIB:	Produit Interieur Brut
PIP:	Plan d'Investissement Public
PNA:	Pharmacie National d'Approvisionnement
PNDS:	Programme National de Développement Sanitaire
PNLP:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD :	Programme des nations Unies pour le Développement
PO :	Plan d'opération
PS :	Poste de Santé
QUID :	Questionnaire Unifié des Indicateurs Démographiques
SSP :	Soins de Santé Primaires
SONU:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TB :	Tuberculose
TRO :	Thérapie de réhydratation par voie orale
TIC:	Technologie de l'Information et de la Communication
UNICEF:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAR :	Vaccin Anti Rougeole
VIH/SIDA :	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

Abstract:

Faciliter l'accès aux soins de santé primaires et assurer une couverture sanitaire universelle à la population reste un défi de grande taille pour les pays en voie de développement. En effet malgré quelques efforts consentis ces dernières décennies, le problème d'accessibilité aux soins de santé est loin d'être résolu. Outre le problème épineux des ressources humaines s'ajoutent des difficultés liées à l'organisation et au fonctionnement des systèmes de santé, au financement des systèmes de santé, à la prestations de soins de qualité et à l'accès aux médicaments de base. Tous ceci ayant un impact désastreux sur la population notamment les plus pauvres qui n'arrivent plus à bénéficier de soins de qualité permettant d'obtenir une santé optimale.

« Dans les pays en voie de développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades ; et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue » (Sir Edwin, Médecin économiste). »

Samenvatting

Toegang tot primaire gezondheidszorg en "Universal Health Coverage" blijft een uitdaging voor de ontwikkelingslanden. Ondanks enkele inspanningen van de overheid deze laatste decennia, stelt zich veel problemen in verband met de gezondheidspersoneel, de organisatie en werking van de gezondheidszorg, de financiering van de gezondheidszorg, de kwaliteit van de zorg en de toegang tot basisgeneesmiddelen. De gevolgen zijn desastreus voor de bevolking, voornamelijk de armste, die niet meer kunnen profiteren van de kwaliteit van zorg voor het verkrijgen van een optimale gezondheid.

I. Introduction

La Constitution de l'OMS consacre le droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre. Ce droit à des soins de santé suppose de pouvoir accéder en temps opportun à des soins acceptables, abordables et de qualité appropriée. Le droit à la santé comporte quatre éléments : la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des soins de santé. Cependant, dans des pays en développement comme le Sénégal l'offre et l'accessibilité aux soins soulèvent un épineux problème notamment pour les populations les plus démunies et celles habitant en milieu rural. En effet l'offre semble être insuffisante à la demande car la plupart des structures de soins sont incapables d'offrir des soins de qualité et de quantité adaptés aux usagers. Malgré beaucoup d'efforts en matière d'offre de soins, le constat général reste toujours le même : la population souffre toujours du déficit d'accès aux soins.

Malgré des progrès importants réalisés sur le plan de la lutte contre les endémies majeures comme le paludisme et le SIDA, le Sénégal doit faire face au double fardeau des maladies transmissibles et des maladies chroniques aboutissant souvent à soins coûteux. Dans le cadre de la prévention des maladies, les performances du Programme Elargi de Vaccination ont permis d'améliorer la santé des enfants. Mais la mortalité infanto juvénile et la mortalité maternelle demeurent à des niveaux élevés.

Ce qui nous pousse alors à réfléchir sur les systèmes de santé, l'accès aux soins de qualité et à des soins abordables aux usagers. Pour ce faire, les autorités doivent résoudre d'abord les problèmes qui sont à l'origine de la dégradation de la santé de la population : la pauvreté, des difficultés d'accès à l'eau potable et aux logements propres et décents, l'analphabétisme etc. Avec ce travail nous essayerons de dégager les principaux problèmes liés à l'accès aux soins ensuite de présenter des solutions à ces problèmes.

II. Le Sénégal

Indépendant de la France depuis 1960 ; le Sénégal doit son nom au fleuve qui le borde à l'Est et au Nord et qui prend sa source au Fouta Djallon. Le Sénégal se situe à l'avancée la plus occidentale du continent africain dans l'Océan Atlantique, au confluent de l'Europe, de l'Afrique et des Amériques, et à un carrefour de grandes routes maritimes et aériennes. Intégré aux principales institutions internationales, le Sénégal fait partie de l'Union Africaine et de la CEDA. Avec le renforcement de ses institutions démocratiques le Sénégal est considéré comme l'un des pays les plus stables d'Afrique.

A. Caractéristiques géographiques et administratives:

a) Cadre géographique

Situé entre 12°8 et 16°41 de latitude Nord et 11°21 et 17°32 de latitude Ouest; le Sénégal a une superficie de 196 712 km². Il est limité :

- Au Nord par la Mauritanie
- A l'Est par le Mali
- Au Sud par la Guinée et la Guinée Bissau
- A l'Ouest par l'Océan Atlantique avec une côte qui s'étend sur 700km.

Dakar avec une superficie de 550 km² est la capitale et est une presqu'île située à l'extrême Ouest.

Le relief est particulièrement plat avec des sols sablonneux ne dépassant pas les 130m.

Il existe 3 grands fleuves au Sénégal:

- Le Sénégal (1700km) au nord
- La Gambie (750 km)
- La Casamance (300km) au sud

Le climat est soudano-sahélien et se caractérise par deux saisons:

- La saison sèche de Novembre à Juin
- La saison des pluies de Juillet à Octobre avec une pluviométrie très variable allant de 300mm au Nord à 1200mm au Sud.

b) Indicateurs sociodémographiques

La population sénégalaise est estimée à 14.133.000 habitants en 2013(1,2). Les femmes sont majoritaires (52% de la population totale) et représentent 65% de la population active(3,4).

Le taux de croissance très élevé (2,5%) est dû à la grande fécondité et à la forte baisse de la mortalité infantile. La population est essentiellement composée de jeunes qui représentent plus de 50% de la population. Le pourcentage des jeunes de moins de 15ans est de 43,5% tandis que les personnes âgées de +60 ans représentent 4,57% de la population. En 2006, le taux de scolarisation est de 74,1% chez les filles et de 75,5% chez les garçons(2,5).

L'indice de fécondité est de 4,9 enfants par femme. Cette fécondité est fortement précoce avec 19 % des filles de moins de 20 ans qui ont déjà donné naissance à, au moins, un enfant ou en sont à leur première grossesse (5).

Le taux de mortalité néonatale est de 24‰ naissances.

Le taux de mortalité infantile est de 45‰.

La mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est en moyenne de 60‰.

La mortalité néonatale est de 12‰.

Le taux de natalité est de 37,7 ‰.

Le taux de mortalité est de 7‰.

L'espérance de vie générale est estimée à la naissance à 66 pour les femmes et 63 ans pour les hommes(5).

Avec une densité de 68,9 habitants / km²; la population est inégalement répartie dans les 14 régions du Sénégal allant à plus de 3659 par km² à Dakar à un peu plus de 8 habitants par km² dans la région de Tambacounda.

Le taux d'urbanisation est de 46,8%.

Le taux d'analphabétisme est élevé et estimé à plus de 65% mais il varie d'une région à une autre. Dakar enregistre le plus faible taux avec 35% suivi de Ziguinchor ; dans les autres régions le taux peut aller jusqu'à 75%. Il existe 5 principaux groupes ethniques: les Wolof (43%), les Hal-Pulaar (24%), les Sérère (15%), les Joola (9%) et les Mandingues (5%). Environ 95% de la population est musulmane.

c) Découpage administratif:

Le Sénégal est organisé en quatorze régions dont les chefs-lieux sont les principales villes : Dakar, Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kédougou, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint Louis, Sédhiou, Tambacounda, Thiès, Ziguinchor. Chaque région est subdivisée en départements, puis arrondissements, en communes et enfin en communautés rurales avec des conseillers élus aptes à participer dans l'organisation locale de la santé.

Bien que les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, le découpage administratif ne coïncide pas exactement avec le découpage sanitaire: on peut trouver plusieurs districts sanitaires dans un même département.

B. Aperçu économique et social (3,4):

Le Sénégal fait partie des pays à faibles revenus classés dans la catégorie des pays les moins avancés; cependant il possède la quatrième économie de la sous-région ouest africaine après le Nigeria, la Cote d'Ivoire et le Ghana.

Le pays est pauvre en ressources naturelles et son activité économique est principalement dominée par le secteur tertiaire (60% du PIB). Les principales recettes proviennent de la pêche et du tourisme. L'agriculture emploie 70% de la population mais ne contribue que de 20% au PIB. Le taux de croissance économique a été estimé de 3,3% en 2006(4).

La pauvreté reste élevée ; presque la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et le taux de chômage reste important. La croissance du PIB (3,3%) n'est pas suffisante pour entraîner une réduction significative du taux de pauvreté qui est de 46,7 % en 2011(4). Selon les résultats de l'enquête de suivi de la pauvreté réalisée en 2011, le taux de chômage est de 10,2%(4). Les zones urbaines présentent les niveaux de pauvreté les moins élevés par rapport aux zones rurales. Les régions les plus pauvres sont : Ziguinchor, Kolda, Diourbel.

C. Profil sanitaire:

En termes de santé, de nutrition et de population, la performance du Sénégal peut être jugée relativement bonne en comparaison avec les moyennes de l'Afrique subsaharienne.

Malgré une certaine amélioration de l'espérance de vie, le taux de mortalité et de morbidité reste élevé.

Le taux de mortalité maternelle est passé de 480 pour 100 000 naissances vivantes (2000) à 320 pour 100 000 naissances vivantes(5). La mortalité maternelle est due à des pathologies obstétricales directes (64%) comme les hémorragies, les dystocies, les infections et l'hypertension artérielle ou indirectes (34%) comme le paludisme, l'anémie (6).

Le taux de mutilation féminine génitale a connu une légère baisse passant de 28% (7) à 25,7%(8).

Alors que la mortalité infanto-juvénile a fortement baissé ces dernières années (de 121 pour mille en 2005 à 72 pour mille en 2011) (9,10) ; le taux de mortalité néonatale reste très élevée et est estimé à 29 pour mille. Le taux de mortalité infantile a diminué de 61 pour 1000 à 47 pour mille (9,10). Les principales causes de mortalité néonatales sont les infections néonatales dont le tétanos, la prématurité et l'asphyxie(11,12). Le paludisme, la malnutrition, les maladies diarrhéiques et infections respiratoires aiguës sont à l'origine de la mortalité infanto-juvénile(11). Les principales causes de mortalités sont les maladies infectieuses et parasitaires(2,13) dont: le paludisme, la tuberculose, l'infection au VIH/SIDA.

✚ Le paludisme(14,15): est une maladie des régions tropicales et subtropicales et est responsable chaque année de plus de 300 millions de cas de maladies aiguës et d'au moins un million de décès dont

90% en Afrique subsaharienne principalement chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Il représente 10 % de la charge totale de morbidité du continent(14). Au Sénégal, le paludisme est responsable pour environ 8000 cas de décès par an et représente la première cause de consultations (environ 35%) dans les structures sanitaires (13). Cependant au Sénégal, l'incidence du paludisme est en chute libre et a baissé de 130 cas pour 1000 en 2004 à 14 cas pour 1000 en 2009(15). Ainsi chez les enfants de moins de 5 ans, le nombre de cas de paludisme a diminué de 408.588 cas en 2006 à 30.800 cas en 2009. Le nombre de décès dû au paludisme dans le même groupe est passé de 650 en 2006 à 215 en 2009. Pour les femmes enceintes, le nombre de cas de paludisme a diminué de 47.859 en 2006 à 6.749 en 2009. Le nombre de décès dans ce même groupe a diminué de 50 en 2006 à 10 en 2009.

Cette performance a été réalisée grâce à :

1° L'application des stratégies de lutte efficaces, prouvées et recommandées par l'OMS notamment la mise en disposition de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisine dans les structures sanitaires, la distribution en masse gratuite des moustiquaires imprégnées et l'introduction des tests de diagnostic rapides.

2° La meilleure compréhension de la maladie par les populations grâce aux nombreux programmes de sensibilisation.

✚ La tuberculose (16): tuberculose représente un problème majeur de santé notamment en Afrique subsaharienne, partie du monde la plus touchée. Elle sévit à l'état endémo-épidémique au Sénégal et représente 42,39% des causes de consultations. Le taux d'incidence de la tuberculose à microscopie positive est au Sénégal estimé (WHO

Report 2006, Global Tuberculosis Control) à 110/100 000 habitants. Le PNT a notifié en 2005, 10120 cas de tuberculose toutes formes confondues, et 6722 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif (TPM+) soit un taux de détection de 53%. Elle touche particulièrement la population active : plus de 75% des patients ont entre 15 et 44 ans. Le sex-ratio homme/femme est de 2,2 hommes pour une femme. On note ces dernières années une augmentation relative des femmes atteintes notamment pour la tranche 15-24 ans qui s'élève à 1.75 H/F en 2004 et à 1.51 H/F en 2005. L'étude de la morbidité montre de grands écarts selon les régions ; Dakar enregistre le plus haut taux avec 47% des cas enregistrés.

Les données concernant la co-infection TB/VIH restent partielles et incomplètes, la surveillance dans les centres de Dakar et Kaolack laisse apparaître une prévalence de la co-infection voisine de 15% en 2003.

✚ Le VIH/SIDA (17) : la prévalence du VIH reste faible (0,7% dans la population générale) en comparaison avec la région subsaharienne (8%). Chez les professionnelles du sexe la prévalence du VIH monte jusqu'à 18,5% alors qu'elle est de 21,8% chez les MSM et de 9,2% chez les injecteurs de drogues intraveineuses. Le VIH serait responsable de 1600 décès en 2012. Les régions les plus touchées sont : Kolda (2,8%), Kédougou (1,7%), Tambacounda (1,4%), Sédhiou (1,1%), Kaolack (1,1%), Ziguinchor (3%), Fatick (1%). La prévalence du VIH augmente avec l'âge, les tranches d'âge des de 40 à 44 ans celle de 45 à 49 ans sont les plus infectées avec respectivement 1,5% et 1,9%. La prévalence est de 0,9% chez les femmes de 15-49 ans selon tandis que celle des hommes de la même tranche d'âges est de 0,5% ce qui montre une baisse du ratio F/H de 2,25 en 2005 à 1,6 en 2010.

III. Organisation du système sanitaire

Le système sanitaire sénégalais est mixte avec une offre de soins publique et privée. En 2012, le Sénégal comptait (18):

- 14 régions médicales,
- 35 hôpitaux, dont 11 de niveau 1, 15 de niveau 2 (dont 2 non fonctionnels) et 7 de niveau 3,
- 76 districts sanitaires,
- 89 centres de santé, dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé,
- 1257 postes de santé dont 1035 fonctionnels,
- 2 centres psychiatriques.

Le système sanitaire est organisé selon un schéma pyramidal à 3 niveaux(19):

- A. **Le niveau périphérique opérationnel** qui constitue la base de la pyramide correspond au district sanitaire. Il y'a 69 districts au Sénégal et chaque district est composé d'au moins un centre de santé, des postes de santé implantés dans les communes, les chefs-lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils sont soutenus au niveau rural par des infrastructures communautaires (case de santé et maternité rurales). Chaque district sanitaire est sous la responsabilité d'un médecin-chef et couvre une zone géographique pouvant aller d'une partie de département à un département entier.

B. **Le niveau intermédiaire** correspond à la Région Médicale chargé de mettre en action les politiques et stratégies de santé. Il en existe une dans chaque région administrative. La région médicale est chargée de l'organisation de la collaboration entre les différentes structures, l'inspection de ces structures et d'assurer la formation médicale continue de ses agents de santé. Elle est dirigée par un médecin-chef de région animant l'équipe des services régionaux de santé dont les responsabilités sur le plan stratégique et technique, comprennent la planification, l'évaluation, la gestion, la coordination et la supervision de l'action sanitaire sur toute l'étendue géographique de la région. Il y'a au moins un hôpital de niveau dans chaque région médicale. Ces hôpitaux sont autonomes sur le plan juridique.

C. **Le niveau central** comprend le cabinet du ministre, les directions et services de santé chargés entre autre d'élaborer les politiques de santé et de mobiliser et fournir les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs sanitaires. Il s'agit des structures administratives centrales de prise de décision et les services techniques de référence nationale. Les directions elles-mêmes sont réparties en divisions. Ses prérogatives sont la formulation des politiques de santé, l'affectation des ressources, le contrôle et la réglementation des structures de niveau inférieur, l'appui technique et stratégique aux régions et enfin la coordination de l'action des partenaires internationaux.

Cependant à coté de cette offre de soins publiques ; il existe un secteur privé qui est très bien développé et participe largement à la couverture sanitaire. On peut citer le service de santé des armées, les centres médicaux scolaires qui offrent des soins dans les établissements scolaires et universitaires, la sécurité sociale ainsi que certaines grandes entreprises. Il faut noter que le secteur privé est peu impliqué dans les activités des politiques et

programmes de santé malgré que ces dites structures soient fréquentées aussi bien par les riches que par les pauvres. En effet il n y a pas de collaboration officielle entre le secteur privé et les principaux programmes de santé au Sénégal.

Comme dans le reste du continent africain, le Sénégal a eu et fait encore recours à la médecine traditionnelle. Aussi l'état manifeste la volonté politique de promouvoir cette médecine traditionnelle par le recensement des tradipraticiens, l'inventaire des aires de peuplement, la création de cinq centres d'expérimentations cliniques de médicaments à base de plantes médicinales dans quatre régions : Dakar, Louga, Kounghoul et Kolda; l'élaboration et la validation des textes réglementant la pharmacopée traditionnelle.

Figure 1: schéma pyramidal de l'organisation du système sanitaire au Sénégal



IV. Fonctionnement du système sanitaire

A. La politique de santé(19,20):

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique et réaffirme cette volonté par la ratification des textes internationaux tels que la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la charte de l'OUA et la Convention des Droits de l'Enfant mais aussi par ses articles 8 et 17 de la constitution sénégalaise qui garantit le droit à la santé.

Ainsi le gouvernement du Sénégal a élaboré son PNDS qui couvre la période 2009 – 2018 dans la perspective d'un Sénégal où des soins de qualité sur le plan curatif, préventif et promotionnel sont accessibles à toutes les couches sociales de la population sans aucune forme d'exclusion et où il est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif. A cet effet, la mise en place du programme de couverture maladie universelle garantit l'accès de la population à un paquet minimum de soins.

Assurer les soins de santé primaires et l'atteinte des OMD, tels sont les piliers de la politique de santé du Sénégal. Cette politique a pour objectif :

- la réduction de la mortalité maternelle.
- la réduction de la mortalité infantile et juvénile.
- la maîtrise de la fécondité.

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants :

" L'accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;

- " L'approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- " La promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- " La protection des groupes vulnérables ;
- " Le renforcement du partenariat public-privé ;
- " La promotion de la multi-sectorialité ;
- " L'alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- " La culture de la gestion axée sur les résultats.

B. Les programmes :

a) Le programme élargi de vaccination(21)

Initié au Sénégal par l'UNICEF en 1979, le Programme Élargi de Vaccination(PEV) est l'une des interventions majeures des soins primaires de santé. Il avait pour objectif de vacciner au moins 80% des enfants et des femmes enceintes et ciblait les maladies suivantes : la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la tuberculose et la rougeole. En Janvier 2004, grâce à l'appui de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination, le vaccin contre l'Hépatite B est introduit dans le PEV. Récemment en 2013, le vaccin contre la Rougeole-Rubéole a été introduit sous forme de campagne de rattrapage chez les enfants de 9 mois à 15 ans, avant d'être intégré dans le Programme élargi de vaccination (PEV) de routine où il va remplacer le Vaccin Anti Rougeole (VAR).

Le PEV s'est montré efficace dans la lutte contre les maladies dites historiques : en effet la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois est passée de 49% en 1993 à 63% en 2010-2011. Ceci a fait non seulement reculer la poliomyélite, mais a fait pratiquement disparaître les maladies historiques comme la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Entre 1999 et 2003, le nombre des décès par Rougeole a baissé de près de 40 % dans le

monde et certaines régions se sont fixées pour objectif l'élimination de cette maladie. Le nombre de cas de poliomyélite a reculé de 99% depuis le lancement de l'Initiative Mondiale de l'éradication de la poliomyélite par l'OMS en 1998(24).

b) Le plan national de développement sanitaire PNDS(19)

Il s'agit d'un plan élaboré dans le but de relever le défi des Objectifs Millénaires de Développement. Il s'étale sur une période de 2009 à 2018. Il s'inscrit dans la perspective de l'accélération de la mise en œuvre des différents programmes de prévention et d'offres de services de santé. Ce plan a été élaboré selon un modèle impliquant la participation de tous les acteurs de santé : les professionnels de la santé, les secteurs partenaires de la santé, la société civile, le secteur privé, les collectivités locales et les partenaires au développement. Il constitue le document de référence de tous les acteurs de santé proposant des solutions aux différents problèmes du secteur par le renforcement du système de santé, l'accroissement de l'accès à des soins de qualité mais aussi une prévention des maladies efficace. Il a pour objectif de réduire la prévalence des maladies transmissibles et chroniques, de réduire le risque de décès maternel, d'assurer la survie des enfants, de renforcer et de moderniser l'infrastructure sanitaire.

c) Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (14,15)

Le PNLP a été créé en 1995 avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale, L' UNICEF, et le PNUD.

La principale mission du PNLP consiste en la mise en œuvre d'une politique de lutte contre le paludisme. Il collabore en synergie avec tous les acteurs de santé dans le but de réduire l'impact du paludisme aussi bien sur le plan sanitaire qu'économique. Le PNLP a pour but l'élimination totale du

paludisme au Sénégal. Les principales réalisations du PNLP sont entre autres l'amélioration de l'accessibilité aux moustiquaires imprégnés à tous les niveaux, la gratuité du Traitement Préventif Intermittent chez les femmes enceintes, la sensibilisation et l'éducation de la population, la mise en place d'un dispositif pour une gestion durable, efficace et contrôlée des achats et des stocks de médicaments antipaludique

d) Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (16)

Créée depuis 1985, le PNLT a pour mission l'adaptation des directives internationales concernant la lutte contre la tuberculose au niveau national, la conception et la mise en œuvre de stratégies de lutte contre la tuberculose, l'information et la sensibilisation de la population sur la lutte contre la tuberculose, la surveillance de la résistance primaire des médicaments. Le PNLT améliore sur le plan technique et financier les structures sanitaires et communautaires : diagnostic, traitement, formation, planification, suivi et évaluation des stratégies de lutte contre la tuberculose

e) Le Conseil National de Lutte contre le Sida(17)

Le CNLS a été créée en 2005. Il s'agit d'un organe de coordination des activités de lutte contre le SIDA et d'orientation de la population face à ce fléau. Le plan stratégique du CNLS est axé sur la réduction de la transmission sexuelle du VIH surtout chez la population cible, la réduction de la transmission verticale, l'accessibilité des médicaments antirétroviraux. Enfin le CNLS lutte contre la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH. Le CNLS travaille en collaboration avec le Ministère de la santé, l'OMS et autres organismes locaux.

C. Fonctionnement des services de santé(19,20)

Du fait de la colonisation, le système sanitaire sénégalais est basé sur le modèle français typiquement très hospitalo-centriste. Malgré la décentralisation, l'offre des soins ne correspond pas aux découpages des collectivités territoriales.

L'offre des soins de santé se fait selon la pyramide sanitaire avec au sommet l'hôpital de référence, le centre de santé au niveau intermédiaire et les postes de santé au niveau périphérique. À côté de ce système le secteur privé et la médecine traditionnelle assurent une part non négligeable des soins de santé.

Le centre hospitalier national: constitue le sommet de la pyramide ; il y'en a sept (7) au niveau de la capitale. Théoriquement des soins spécialisés chirurgicaux et médicaux sont offerts à l'ensemble de la population au niveau des hôpitaux de niveau 3. En réalité ils assument une double fonction en offrant des soins de base pour la population de la zone d'attraction mais aussi des soins de références.

Dans les centres hospitaliers de niveau 2 sont disponibles : la médecine générale, la chirurgie générale et la césarienne. Parfois certaines spécialités comme la pédiatrie, l'ophtalmologie, la traumatologie, la cardiologie, la pédiatrie peuvent être présentes mais avec un plateau insuffisant pour permettre des soins de qualité.

Au niveau des centres et postes de santé : dans ces structures les soins de base y compris la maternité et les soins dentaires y sont offerts. Les centres de santé constituent les premier recours pour les postes de santé. Les centres de santé de type 1 ne possèdent pas de bloc opératoire tandis que ceux de type 2 disposent d'un bloc à côté du plateau technique habituel.

Avec une capacité d'hospitalisation qui varie de 20 à 30 lits, les centres de santé sont loin de la norme ambitieuse d'un centre de santé pour 50 000 habitants.

Le poste de santé est le lieu de premier contact des populations avec une structure publique. Dirigé par un infirmier ayant un diplôme d'état, il dispose d'un plateau technique lui permettant de dispenser des soins de bases. Les structures de santé communautaires comme les cases de santé et maternités rurales (gérées par des agents de santé communautaires ou ASC) sont supervisés par le poste de santé

Les centres et postes de santé forment le centre des activités de promotion et de prévention des programmes de santé. Ainsi dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle des actes chirurgicaux comme la césarienne ont été rendus disponibles avec pour but final la disponibilité des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences (SONU) dans tous les centres de santé de référence qui disposent d'un plateau technique d'hôpital niveau 1. A ce jour 12 centres de santé sont équipés d'un plateau technique chirurgical SOU avec possibilité de chirurgie générale si besoin (20).

Le secteur privé relativement important est surtout localisé à Dakar. Cependant la répartition des postes de santé privés catholiques sur le territoire est différente. Le secteur privé compte 1 hôpital privé confessionnel, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 77 postes de santé privés, 843 officines de Pharmacie, 4 Grossistes répartiteurs, 3 Industries pharmaceutiques et l'Institut Pasteur de Dakar devenu Fondation de droit sénégalais en décembre 2008 et qui fabrique le vaccin anti-marijuana (20). A cela s'ajoute l'offre de santé des ONG et des Associations. Il convient de signaler l'existence d'une offre privée en matière d'aide au diagnostic avec 12 laboratoires privés d'analyses médicales dont 10 à Dakar et une dizaine de services d'imagerie à Dakar. Les prestataires privés sont

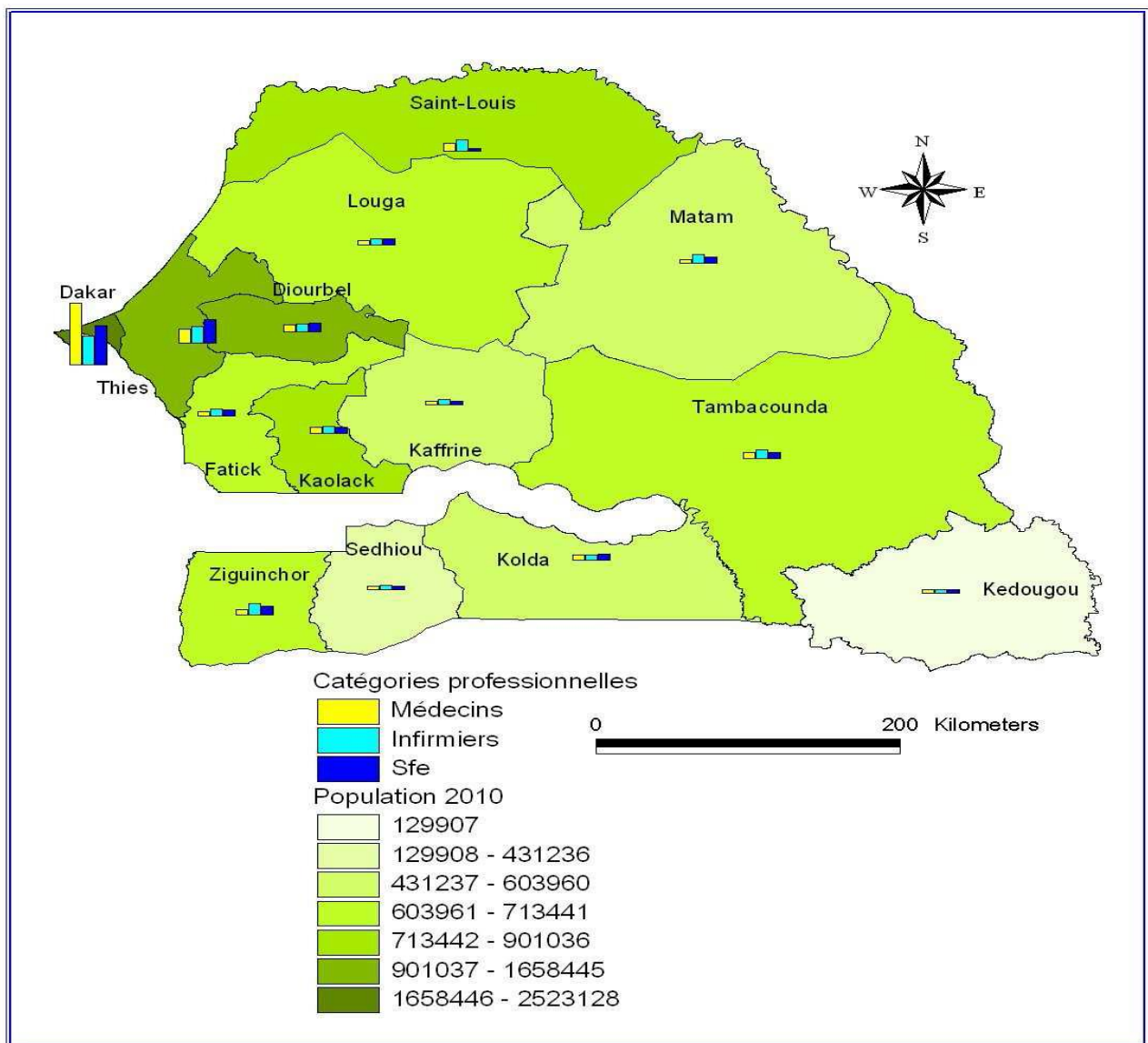
d'importants pourvoyeurs de produits et services de santé. Ainsi la solide collaboration entre secteur public et privé augmente la couverture sanitaire, l'utilisation et la qualité des services aboutissant ainsi à une meilleure satisfaction des usagers. Les prestataires de soins de santé privés offrent aux populations toute une gamme de services préventifs et curatifs.

Pendant longtemps les soins de santé sont restés inaccessibles à la majeure partie de la population sénégalaise : ceci étant lié à la pauvreté. L'accès et l'utilisation des services de santé varient en fonction des secteurs.

Tableau 1 : Répartition des hôpitaux, centre et postes de santé dans les régions en 2008 source PNDS 2008

<u>Région</u>	<u>Population</u>	<u>District</u>	<u>Hop</u>	<u>CS</u>	<u>PS</u>	<u>Ratio pop/PS</u>	<u>PS privé</u>	<u>Nbre total de PS</u>	<u>Ratio corrigé</u>
Dakar	2 622 408	8	8	19	109	24 059	12	121	21 673
Diourbel	1 319 308	4	2	5	72	18324	4	76	17 359
Fatick	627 804	6	0	5	76	8 261	11	87	7 216
Kaffrine	492 685	4	0	2	40	12 317	0	40	12 317
Kaolack	757 743	4	1	4	64	11 840	6	70	10 825
Kédougou	118 921	3	0	2	18	6 607	2	20	5 946
Kolda	553 708	3	1	2	42	13 184	3	45	12 345
Louga	777 085	5	1	5	68	11 428	1	69	11 262
Matam	533 385	3	1	2	66	8082	0	66	8082
Saint Louis	837 583	5	2	4	95	8817	2	97	8635
Sédhiou	418 278	3	0	1	40	10 457	1	41	10 202
Tambacou nda	610 550	7	1	5	60	10176	4	64	9540
Thiès	1 471 754	9	2	9	126	11681	17	143	10292
Ziguinchor	474 374	5	1	5	95	4993	14	109	4352
Total	11 615 586	69	20	70	971	11 962	77	1048	11084

Figure 2: Carte sanitaire du Sénégal 2010



V. Les difficultés

A. L'état et la santé : politique et gestion

L'Etat est impliqué dans l'organisation du système de santé et est généralement visible à plusieurs niveaux. Cependant, comme dans tous les pays subsahariens, le poids de l'héritage colonial, l'absence de mécanismes de sécurité sociale, les volontés programmatiques, la typologie des soins, l'empreinte des institutions internationales, la dépendance aux disponibilités budgétaires posent de grands problèmes d'accessibilité(22).

En effet le mode d'organisation est fortement marqué par celui mis en place par les anciennes puissances coloniales dont les styles sont différents et liées à leur propre histoire mais surtout dans un contexte très différent à plus d'un titre : taille et répartition spatiale des populations, capacités de réponse de la science à des pathologies. Après l'indépendance, l'État se trouve à gérer seul des questions auxquelles il n'avait pas été préparé.

La couverture sociale est quasi inexistante ; la caisse de sécurité sociale, est austère et fonctionne encore selon des textes datant du colonialisme : le modèle bismarckien. Ce modèle bismarckien ou assurantiel est basé sur la protection sociale contre les risques maladies, les accidents de travail, la vieillesse et l'invalidité mais uniquement axé vers les travailleurs. La protection est obligatoire et repose sur une participation financière des travailleurs sous forme de

cotisations sociales qui sont proportionnelles aux salaires et est gérée par les employeurs et les travailleurs(23).

Ce modèle bismarckien bien que reposant sur des principes socialistes n'est pas approprié aux défis actuels que rencontre le secteur sanitaire. Concernant sa volonté programmatique ; l'Etat a, pendant une longue période, prolongé le schéma global d'organisation d'avant les indépendances en supprimant souvent ce qui rappelait la période coloniale (les équipes mobiles de soins) et en y greffant des structures promues par les diverses coopérations (la direction du programme santé maternelle, les CHU...). Ensuite, souvent sous des pressions extérieures, les ministères de la Santé ont adopté des politiques à long terme comme la déclaration d'Alma Ata de 1978 (22). Le Sénégal dispose désormais de PNDS (plan national de développement sanitaire) qui constitue un sésame indispensable d'éligibilité aux contributions financières internationales. Ce PNDS est constitué d'une déclinaison d'objectifs assez semblables que sont les Objectifs Millénaires de Développement (OMD) et qui ont pour but: la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'augmentation de l'accessibilité aux soins, l'amélioration de la qualité des soins, la lutte contre le VIH-sida, la santé génésique et la planification familiale. Le déroulement de ces PNDS comporte la confection de la carte sanitaire, l'élaboration de plans de développement sanitaire régionaux (décentralisation oblige), la détermination du PIP (Plan d'investissement public), la création du système d'information sanitaire voire d'alerte épidémiologique. Le dernier PNDS mis en place couvre la période 2009 – 2018. En outre, le système de base de soins de santé primaire a été renforcé en 1992 par l'adoption de l'initiative de Bamako qui est une action communautaire visant la couverture des soins par la facilitation de l'accès aux médicaments.

L'efficacité de l'État dans les systèmes de santé, indépendamment de la qualité des PNDS, est bien sûr tributaire du fonctionnement global de l'économie qui contraint les disponibilités budgétaires votées dans les lois de finances par les parlements. Les orientations d'allouer 8 % du PIB au secteur de la santé sont rarement atteintes et les apports externes en provenance des organisations de coopération internationale sont partout déterminants tant pour les investissements que pour le fonctionnement des structures sanitaires.

Au niveau de la gestion, le Ministère souffre de la mauvaise coordination des activités des directions techniques et des régions médicales. Au Sénégal, la gouvernance du système de santé est marquée par l'institutionnalisation de l'élaboration de plans décennaux de développement sanitaires depuis 1998 et de la pratique de la planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Même si ces plans sont en cohérence avec les cadres nationaux de définition des politiques et de planification, ils sont souvent en décalage avec la mise en œuvre des activités de santé. En effet il y'a des difficultés à intégrer les activités des plans des programmes verticaux et ceux des unités opérationnelles; d'où le taux important d'activités planifiées et non réalisées, ou d'activités réalisées non planifiées. A cela s'ajoute la faible capacité de planification des acteurs, ainsi la plupart des activités de planification sont considérées comme des exercices routiniers sans grande incidence sur la mise en œuvre des activités.

En 1996, la réforme de décentralisation politique fait intervenir des changements dans la structuration du niveau central vont affecter considérablement l'organisation du système. Les collectivités locales reçoivent de nouvelles compétences dans le domaine de la santé faisant d'eux de nouveaux acteurs de la santé avec d'énormes

responsabilités(24) :

- La région est responsable de la gestion et de l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux (jusqu'à l'avènement de la réforme hospitalière qui a transformé les hôpitaux en établissements publics autonomes), de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des centres de santé ruraux, et de la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène ;
- La commune est responsable de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des centres de santé urbains, ainsi que de la construction, de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des postes de santé urbains ;
- La communauté rurale est responsable de la construction, de la gestion, de l'entretien et de l'équipement des postes de santé, des maternités et des cases de santé.

Des fonds de dotation de la décentralisation sont alloués aux collectivités locales pour leur permettre de prendre en charge les compétences qui leur sont transférées. Cependant ces fonds sont depuis plusieurs années, la source de conflits entre les autorités locales et les responsables des formations sanitaires : ces fonds sont intégrés aux dotations allouées collectivités locales et ne sont plus directement versés aux structures de santé. Pendant plusieurs années, pour des raisons liées à la méconnaissance des textes ou à une gestion peu transparente de ces ressources par les autorités locales, les structures de santé ont connu quelques difficultés dans leur fonctionnement. Malgré quelques minimes efforts de l'Etat, les responsables de structures de santé se plaignent du fait que les fonds de dotation sont pas utilisés conformément aux besoins exprimés par les structures de santé (24).

Pour une bonne gestion, il faut prendre en compte les questions de transparence et d'obligation de rendre compte permettant ainsi le respect des règles par tous. Le secteur de la santé est affecté par des pratiques de corruption et par une relative impunité. Dans la plupart des formations sanitaires, certains responsables et agents de santé se livrent en toute impunité à des pratiques illicites telles que le rançonnement, la vente parallèle de médicaments, l'utilisation à des fins privées du matériel et des locaux publics et la « gratuité informelle » (24).

La « gratuité informelle » renvoie à la pratique de certains agents de santé qui permettent à des patients de bénéficier des services offerts par la structure sanitaire pour des raisons liées à des relations amicales ou familiales. Ceci peut s'expliquer par le contexte social sénégalais qui, caractérisé par la solidarité et l'entraide, place les agents de santé dans des situations où ils se sentent obligés de d'offrir des soins gratuits à des parents, voisins ou amis. L'absence de mécanismes de contrôle laisse la porte ouverte à toutes sortes de malversations et à la corruption. Il n'est pas rare de voir certains professionnels de santé utiliser les formations sanitaires publiques et leur matériel pour des consultations fournies à titre privé, en violation flagrante des textes en vigueur. Cette pratique est très prononcée dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) où certains chefs de service consacrent à leurs activités privées un nombre d'heures largement supérieur à celui autorisé par les textes. Ils en arrivent même à y consacrer la majeure partie de leur temps de travail, tout en utilisant de manière abusive le matériel de l'hôpital. D'autres médecins, à qui les textes ne donnent aucune possibilité d'exercice à titre privé dans leur lieu de travail, s'adonnent pourtant à cette pratique. En outre, des malades qui se rendent dans des structures publiques sont souvent contraints par les prestataires de les retrouver dans des structures privées où ils officient. L'exercice illégal d'activités privées dans les formations sanitaires publiques et le

détournement de malades affaiblissent la viabilité des structures de santé et constitue une violation du droit à un service public de santé.

Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'elle montre le degré d'impunité qui règne dans les structures publiques de soins, parce qu'aucune mesure de rétorsion n'est prise pour y faire face, alors que ces errements ne sont pas inconnus des directeurs d'hôpital et des responsables du Ministère. La faiblesse des moyens du Service d'Inspection du Ministère explique, en partie, que des pratiques délictueuses ont cours dans les formations sanitaires, sans qu'aucune mesure de rétorsion ne soit prise.

En outre le secteur de la santé souffre de l'absence de mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers. Les associations de consommateurs et des associations de défense des droits de l'homme sont faiblement impliquées dans les activités du secteur de la Santé. Ce qui est dommage car leur implication aurait pu contribuer à une garantie plus effective des droits des patients(24).

B. Financement de la santé

La part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est en hausse régulière ces dernières années. La priorité accordée au secteur de la santé s'est traduite par une augmentation constante du budget du Ministère de la Santé.

Selon les OMD, les états africains se sont engagés à attribuer au minimum 9% de leur budget annuel à la santé. Ainsi, le budget total consacré à la santé en pourcentage du budget de l'Etat connaît une évolution positive passant de près de 5,5% en 2000 à 7,8% en 2004 et même 8,1% en 2005(11). Cependant l'impact de ces efforts est fortement compensé par l'accroissement de la population et le taux d'inflation. Le Sénégal reste toujours en dessous des 9%.

Les principales sources de financement de la sante sont (19,25) :

- L'Etat (Ministère de la Santé et autres départements ministériels) 51% ;
- Les collectivités locales 2,96% ;
- Les ménages, par le paiement direct 19,30%;
- L'aide extérieure, les ONG, les entreprises et sociétés privées, les groupements associatifs 26,74%.

Tableau 2 : Evolution du budget voté du secteur public de la santé au Sénégal 2000–2005, en milliards de FCFA (11)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Moyenne
Fonctionnement	23,38	25,76	30,57	37,64	37,40	46,87	33,61
Investissement	25,31	42,50	46,48	44,66	47,47	55,77	43,70
Total	48,69	68,27	77,06	82,30	84,88	102,65	77,31
Budget santé en % du budget de l'Etat (hors dette)	6,5%	7,4%	9,3%	8,6%	8,8%	8,9%	8,3%
Budget santé en % du budget de l'Etat (dette incluse)	5,5%	6,8%	7,9%	7,7%	7,8%	8,1%	7,4%
Budget total santé en % du PIB	1,6%	2,0%	2,2%	2,2%	2,1%	2,4%	2,1%

Comme dans la plupart des systèmes sanitaires des pays en voie de développement le financement du système sanitaire sénégalais rencontre de nombreuses difficultés particulièrement liées à la crise économique des dernières années. Depuis 2005, du fait de l'arrêt du financement de la Banque mondiale, relatif au fonctionnement de la CAS/PNDS, plusieurs structures du Ministère de la Santé n'ont pu élaborer leur PO, ce qui a occasionné des distorsions dans la mise en œuvre des activités(24).

Initialement le programme de développement intégré à la santé prévoyait d'allouer 42,6% du budget pour le fonctionnement, 31,2% pour le personnel et 26,2% pour l'investissement. En réalité 44,1% du budget ont dépensés pour le fonctionnement, 29,8% pour le personnel et 26,1% pour l'investissement. Si la part prévue pour les investissements a été respectée, on note un léger fléchissement par rapport au fonctionnement(19).

Pour l'année 2005, l'analyse des dépenses montre que seulement 3% du financement public sont orientés vers les postes de santé et les maternités rurales, contre 38% vers les centres de santé et 50% vers les hôpitaux. Ce qui est contradictoire à la stratégie d'amélioration de l'accessibilité des services de soins qui prône la réorientation des ressources dans les structures périphériques comme les postes et les centres de santé qui doivent bénéficier beaucoup plus du financement de l'Etat(19).

Du fait de la quasi inexistence de l'assurance maladie seul 20% de la population est couvert (27): plus de la moitié de ce pourcentage sont des salariés qui disposent d'une assurance maladie obligatoire gérée par l'Institut de Prévoyance Santé (IPRES) et qui ne couvre que 50 à 80% des frais liés à la maladie (28). Le système de santé sénégalais

est caractérisé par la prépondérance du paiement direct des usagers qui représentant 95% des dépenses privées, soit 55% des dépenses totales. Tout ceci aboutit à des dépenses énormes pour la population et à l'augmentation de la pauvreté. Il semble évident que le système bismarckien est inadapté pour résoudre les problèmes d'accessibilité aux soins d'un pays en voie de développement où le taux de chômage reste extrêmement élevé.

C. Difficultés liées aux structures de santé

a) Etat des structures de santé (19,29,30)

Malgré la réforme hospitalière, les structures sanitaires au Sénégal est gangrenés de maux qui ralentissent leur bon fonctionnement.

L'état des bâtiments : la description du parc hospitalier laisse à un sentiment d'abandon et de vétusté malgré que la majeure partie des hôpitaux soit de création récente. Les difficiles conditions climatiques, l'absence d'une stratégie d'entretien des infrastructures contribuent à cette vétusté. Le manque d'entretien des bâtiments et des équipements accélère leur dégradation et réduit leur durée de vie : leur réhabilitation ou reconstruction engendrerait des frais largement supérieur à celui d'un entretien normal.

La faiblesse des moyens disponibles mais surtout le manque d'organisation sont la cause de ce manque d'entretien. Cette situation est en partie liée au fait que les bailleurs de fonds financent la réhabilitation, mais sont dans l'impossibilité de financer des charges de maintenance. A ceci s'ajoute la mal adaptation des matériaux et de l'architecture aux conditions d'utilisations locales. L'assainissement et l'étanchéité sont les principaux problèmes de ces structures. Les conditions d'hospitalisation sont précaires et certaines des salles d'hospitalisation sont dans un état de dégradation avancé.

L'état des équipements : malgré l'accroissement du budget sanitaire national, il nous est impossible de ne pas relever l'extrême faiblesse du plateau technique dans les hôpitaux sénégalais. Certains grands hôpitaux sont dotés d'équipements d'imagerie (scanners et d'appareils d'échographie dans les centres de santé), mais il faut reconnaître que des difficultés énormes se sont posées quant à la maintenance régulière d'équipements d'imagerie médicale et/ou de laboratoire, ce qui a compromis le relèvement du plateau technique. Ainsi, au Sénégal, environ 85% des postes de santé avec maternité ne possèdent pas à la fois une table d'examen consultation, une table d'accouchement, un tensiomètre, un pèse-bébé, un frigo, une moto et un stérilisateur (31). Pour les régions de Tambacounda, Matam et Kaolack ces chiffres sont encore plus élevés et atteignent 92%. Par ailleurs, seulement 19% des centres de santé disposent à la fois d'un appareil de radiologie et de radiographie (31)

Certains hôpitaux sont dans un tel état de dégradation qu'ils nécessitent une réhabilitation complète. Les cuisines, la buanderie sont hors d'usage dans la plupart des établissements. Le matériel relativement sophistiqué dont elles ont été équipées est généralement en panne; la cuisine est donc faite au charbon de bois et la lessive à la main(30).

Il existe des services techniques chargés de la maintenance mais le personnel est rapidement dépassé face au manque de formation requise, à l'insuffisance de moyens humains, matériels et financiers à tous les niveaux, à la non disponibilité des pièces de rechanges en temps opportun et à l'absence de textes réglementaires portant sur l'organisation et le fonctionnement de la maintenance à tous les niveaux. En outre le personnel en place par ailleurs très mal formé à l'utilisation des appareils est loin d'être aussi performant sur du matériel de conception et de provenance différentes.

La conclusion qui s'impose est que le problème hospitalier réside sur le plan fonctionnel et non quantitatif. La priorité est de faire fonctionner ce qui existe déjà en responsabilisant les personnes en charge du fonctionnement, avant d'envisager des constructions nouvelles, dont le mauvais fonctionnement ne peut qu'accentuer le mécontentement de la population.

b) La disponibilité et la répartition des ressources humaines

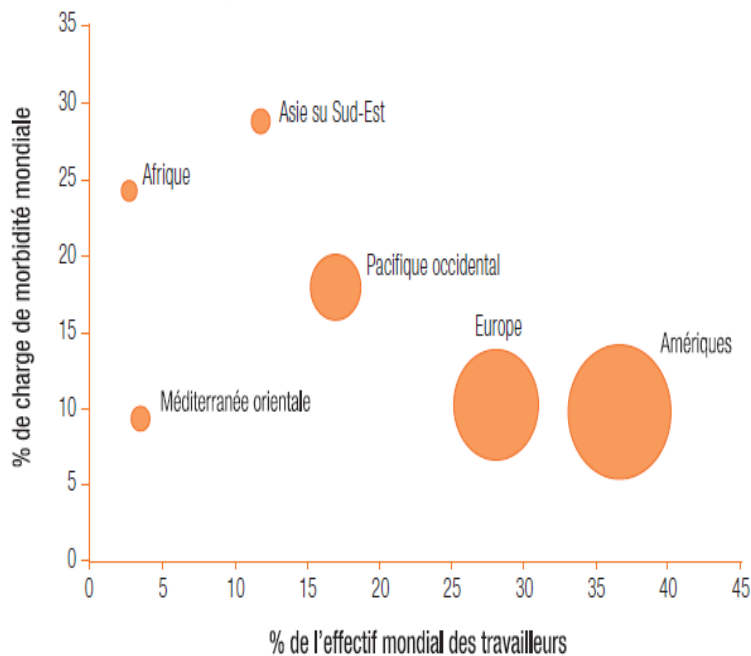
L'obstacle le plus sérieux à la réalisation des OMD qui consistent à réduire la mortalité infanto-juvénile, améliorer la santé maternelle et combattre les maladies tel que le VIH, le paludisme ou la tuberculose n'est plus d'ordre financier mais consiste dans un manque de ressources humaines.

A l'échelle mondiale, on peut remarquer une mauvaise répartition du personnel médical. En effet dans son rapport sur la santé dans le monde en 2006 , l'OMS dénonce cette inégalité de distribution : les pays avec la plus grande charge morbide doivent se contenter d'un effectif assez faible de personnel soignant alors que les pays développés ayant une charge beaucoup plus allégé comptent un nombre élevé de personnel. Cette aberration est illustré par la figure4 qui schématise sur l'axe vertical la charge de morbidité, sur l'axe horizontal l'effectif du personnel sanitaire, et la taille des cercles les dépenses totales consacrées à la santé. Ainsi l'Afrique qui représente plus de 24 % de la charge mondiale de morbidité ne dispose que de 3 % du personnel sanitaire et moins de 1 % des ressources financières mondiales même en comptant les prêts et les subventions en provenance de l'étranger. Les pays en voie de développement connaissent une pénurie aigue avec un déficit de plus 4,3 millions de personnel (32).

Ce déséquilibre n'est pas près de se combler avec le phénomène de la fuite des cerveaux alimentés par l'augmentation de la demande dans les pays du Nord (33).

La pauvreté, les imperfections du marché du travail dans le secteur privé, le manque de fonds publics, les pesanteurs administratives et les ingérences politiques expliquent le paradoxe du déficit de personnel dans ces pays alors qu'il existe beaucoup d'agents de santé sans emploi.

Figure 3 : Distribution des agents de santé par niveau de dépenses de santé et charge de morbidité par région (OMS)



Si on se penche sur le cas du Sénégal, on note que comme dans tous les pays en voie de développement, le pays souffre de la crise des ressources humaines en santé.

Du fait que le nombre des agents du Ministère de la Santé soit difficile à appréhender à cause des différentes sources qui ne concordent pas,

la gestion et la répartition des ressources humaines deviennent difficiles. Le nombre total de personnel de santé (médical, paramédical et autres) exerçant dans les structures de santé publics et privés avoisinait 10829 personnes en 2000 selon le rapport provisoire de l'enquête d'Identification Physique et Géographique du Personnel (IPGP) (11).

La répartition du personnel par catégorie socioprofessionnelle reste très inégale. Le personnel de soins comprenant le personnel médical (11,63%) et le personnel paramédical (33,04%) représente 44.67% des effectifs. Le reste du personnel est composé du personnel de soutien (31,88%), du personnel de l'hygiène (4,22%), du personnel technique ou personnel de maintenance (2,09%) et du personnel administratif (16,48%) (24).

L'Etat reste le principal employeur des personnels de santé avec 44 % de salariés. Il est suivi des comités de santé (22%) et des Etablissements Publics de Santé (EPS) (18%). Les contractuels de l'Etat, des collectivités locales, des EPS et du PDIS se partagent les 16 % restants (24).

En 1996, le Sénégal a élaboré un plan national de formation de personnel de santé dans le but d'accroître les ressources humaines du secteur. Ce plan est appuyé en 2002 par l'ouverture de Centres Régionaux de Formation, la création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation. Cependant les efforts consentis pour renforcer les effectifs et les indicateurs de couverture en personnel montrent que le Sénégal est loin d'atteindre les normes tels que conseillés par l'OMS qui sont de un médecin pour 10 000 habitants, un infirmier pour 300 habitants et une sage-femme pour 300 habitants.

En 2005, les estimations à partir des données démographiques de la carte sanitaire ainsi que les effectifs de la fonction publique

suggéraient un médecin pour 22460 habitants (soit 4,5 médecins pour 100 000 habitants), un infirmier d'Etat pour 10 381 habitants (soit 9,6 infirmiers pour 100 000 habitants) et une sage -femme pour 17 219 (soit 5,8 sages-femmes pour 100 000 habitants). En comparant ces chiffres avec ceux d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest à plus faible revenus comme le Ghana (9,2 médecins pour 100 000 habitants) et la Guinée (10,1 médecins pour 100 000 habitants) la performance du Sénégal peut être jugée insuffisante(11).

Le rapport de l'OMS sur les infrastructures sanitaires de 2011 estimait :

- Le nombre de médecins à 741 avec une densité de 6 médecins pour 100 000 habitants,
- Le personnel infirmier et sages-femmes à 5254 avec une densité de 42 pour 100 000 habitants
- Le personnel de dentisterie à 105 avec une densité de 1 chirurgien-dentiste pour 100 000 habitants
- Le personnel pharmacien à 127 avec une densité de 1 pour 100 000 habitants.

La grande majorité du personnel soignant se trouve dans la région de Dakar. Sur le tableau 3 montrant la répartition du personnel de santé dans le territoire sénégalais, on peut remarquer près de trois quarts des médecins exercent à Dakar. La répartition des sages-femmes et infirmiers suit la même physionomie mais avec une ampleur moindre. Cette concentration du personnel à Dakar s'explique par le nombre élevé d'hôpitaux et donc de personnel à Dakar, la présence accrue de médecins spécialistes dans les grandes villes notamment les CHU. En outre 80% du personnel privé est concentré à Dakar du fait que l'opportunité y est plus importante. En outre la répartition des médecins selon la pyramide sanitaire (le centre de santé est le premier

endroit ou un médecin est à la disposition de la population) rend l'accès au médecin plus difficile dans certaines zones rurales. La plupart des sages-femmes affectées dans les zones rurales par le Ministère de la Fonction Publique préfèrent quitter leurs postes pour les grandes villes où les opportunités sont meilleures. Ce déficit est plus important dans postes de santé des régions de Tambacounda, Matam, Kolda, Louga et Fatick (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005).

Tableau 3 : Répartition du personnel médical et paramédical du secteur public, Sénégal, 2008

Table 1. Number of physicians, nurses and midwives in the regions of Senegal, 2008

Region	Population	Physicians		Nurses		Midwives		Total	
		No.	Per 1 000 population	No.	Per 1 000 population	No.	Per 1 000 population	No.	Per 1 000 population
Dakar	2564891	524	0.20	956	0.37	445	0.17	1925	0.75
Diourbel	1271742	48	0.04	178	0.14	59	0.05	285	0.22
Fatick	675485	16	0.02	157	0.23	25	0.04	198	0.29
Kaolack	1171428	32	0.03	237	0.20	40	0.03	309	0.26
Kolda	951839	18	0.02	160	0.17	33	0.03	211	0.22
Louga	761005	30	0.04	129	0.17	32	0.04	191	0.25
Matam	514469	14	0.03	144	0.28	14	0.03	172	0.33
Saint-Louis	812412	33	0.04	215	0.26	39	0.05	287	0.35
Tambacounda	708822	31	0.04	179	0.25	38	0.05	248	0.35
Thiès	1442338	61	0.04	303	0.21	97	0.07	461	0.32
Ziguinchor	468897	25	0.05	197	0.42	52	0.11	274	0.58
Total	11 343 328	832	0.07	2855	0.25	874	0.08	4561	0.40

Data obtained from Senegal's Ministry of Health and Medical Prevention, 2008.

Cette crise de ressources humaines peut s'expliquer de plusieurs manières :

- **L'insuffisance des effectifs admis au niveau des structures de formation (24):** les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes sont formés à la Faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Entre 1998 et 2007 600 médecins, 459 pharmaciens et 180 chirurgiens-dentistes sont formés. Les paramédicaux sont formés à l'ENDSS qui est sous la tutelle du Ministère de la Santé et de la Prévention. 2392 diplômés dont 1230 infirmiers d'Etat et 910 sages-femmes d'Etat ont été formés, ceci depuis 1995. Plus récemment, en 2005, 87 assistants infirmiers ont été formés et mis sur le marché du travail. L'Ecole Nationale des Techniciens en Maintenance Hospitalière, qui est également rattachée au MSP, forme des professionnels de la maintenance. Les universités et écoles nationales ont donc un potentiel de production limité ; elles sont le siège de secousses (crises sociopolitiques, difficultés budgétaires... occasionnant des années blanches) qui freinent la sortie régulière de cohortes d'où un rendement interne modeste. Les cursus sont longs et calqués sur les modèles occidentaux. La formation continue des professionnels est à peine ébauchée, elle est souvent aléatoire et toujours dépendante d'un financement international dans le cadre de programmes verticaux. En résumé les principales difficultés liées à la formation sont :
 - L'inadaptation des programmes de formation

- Le Manque d'évaluation et de planification
- La faible capacité d'accueil des écoles et instituts de formation
- La faiblesse des ressources allouées à la formation
- L'inadéquation entre les compétences du personnel formé et les besoins locaux

A tout cela s'ajoute la problématique de la migration et la fuite des cerveaux sur ce dernier quart de siècle.

- **La non maîtrise du processus de recrutement dans la fonction publique(24,34)** qui est de la compétence du ministère de la santé et qui, en définitive, décide du calendrier et de la nature du personnel à recruter.

La politique de recrutement n'est pas axée sur les besoins réels en personnel et sur la nécessité d'une répartition géographique.

En outre comme dans de nombreux pays en pénurie, le nombre de professionnels de la santé au chômage est particulièrement élevé. Ceci s'explique en partie par les programmes d'ajustement structurels dans les années 90 qui ont eu des impacts négatifs sur la plupart des PED. Les dépenses en santé de nombreux pays ont été réduites: les motivations et le nombre de fonctionnaires sont en baisse à cause de l'imposition d'un plafond aux dépenses publiques, notamment pour les salaires.

Au Sénégal, il y a un processus formel de recrutement qui est piloté par le Ministère chargé de la Fonction Publique, qui après appel à candidatures pour des postes à pourvoir se charge du recrutement avec la collaboration du Ministère de la Santé. Ce dernier en l'absence d'un véritable plan de recrutement, se contente d'une exprimer ses besoins. Le Ministère de la Santé se trouve souvent confronté à un

problème de disponibilité des personnels nécessaires et adaptés au profil du fait du faible débit de personnel formés. Il s'en suit alors une situation dans laquelle il n'est pas rare de voir s'installer le favoritisme et le clientélisme pour réorienter les postes non pourvus vers des catégories socio professionnelles qui n'étaient pas identifiés au départ comme prioritaires. Les agents recrutés dans de telles circonstances se sentent protégés et ne craignent donc pas d'être sanctionnés ni de perdre leur emploi. Il est impossible d'attendre de tels agents qu'ils soient performants et, au contraire, ils contribuent à la diminution de la productivité, démotivent le reste du personnel et entretiennent une culture de contre-performance dans le secteur de la santé.

Un autre point est la non implication dans le processus d'embauche des services concernés, aboutissant au recrutement de personnels sans qualification ou dont la qualification ou dont la qualification n'est pas en adéquation avec les besoins du service. Les mutations et les promotions sont du ressort du seul Ministère de la Santé, mais les travers ne manquent pas. Il arrive souvent que certains agents, qui disposent d'une protection quelconque, soient redéployés ou maintenus à leurs postes contribuant ainsi à l'accentuation de l'inégalité dans la distribution du personnel sur l'ensemble du territoire national sénégalais. Les répercussions sur la qualité et l'impact des programmes de santé sont évidentes.

➤ **L'insuffisance des mesures de fidélisation du personnel**

(31): plusieurs facteurs peuvent expliquer les difficultés à affecter et fidéliser le personnel dans les zones difficiles. Il s'agit le plus souvent de facteurs professionnels, de facteurs liés à la communauté mais aussi de raisons personnels. Ce problème est loin d'être propre au Sénégal mais est plutôt commun à la plupart des pays environnants.

Sur le plan professionnel, le sentiment d'isolement voire oubli,

l'incertitude sur la durée de séjour (du fait du mode de recrutement) prévaut souvent parmi les personnes dans ces zones. Par ailleurs, comme dans de nombreux pays, travailler dans une zone difficile peut dans une certaine mesure représenter un désavantage pour la suite d'une carrière professionnelle. En effet, en raison de l'insuffisance du plateau technique, il peut y avoir une certaine inadéquation entre la formation que la personne a suivie et le travail effectué. Une insuffisance du plateau technique peut aussi rendre les conditions d'exercice relativement difficiles. A cela s'ajoute le manque d'information ou la lenteur dans la transmission des informations sur les opportunités de formation. L'insuffisance du personnel alourdit la charge de travail du personnel ne leur permettant pas ainsi de s'absenter aussi bien pour des raisons professionnelles que sociales.

Sur le plan personnel : il n'y a peu ou pas d'infrastructures sociales pour accompagner ce personnel ainsi que leur famille. Les possibilités de scolarisation sont minimales ou de moindre qualité poussant ainsi le personnel à ne pas s'installer dans ces zones avec leurs familles. Tout ceci entraîne une élévation supplémentaire des dépenses car l'agent de santé se trouve dans l'obligation d'envoyer de l'argent pour subvenir aux besoins de la famille restée en ville. Officiellement le droit de logement n'existe pas pour le personnel de santé rendant ainsi difficile le recrutement et la fidélisation du personnel en zones difficiles. Néanmoins, un logement est disponible pour le personnel de santé dans 81% des postes de santé avec maternité au Sénégal, mais ce taux est uniquement de 58% à Kolda, 65% à Ziguinchor, et 73% à Diourbel et à Matam (Ministère de la Santé, 2005).

Les difficultés d'intégration dans communauté locale sont également des sources de problèmes de fidélisation du personnel dans certaines localités.

En résumé le milieu est décourageant pour le personnel de santé du fait

des salaires de misères, du manque d'encouragement de la part de l'encadrement, du défaut de reconnaissance sociale et du manque de perspectives.

c) La disponibilité des soins de santé primaires et qualité des soins dans les structures sanitaires

Les services de base comprennent les soins curatifs ambulatoires pour enfant malade, les services de vaccination infantile au sein de la structure, le suivi de la croissance infantile, toute méthode moderne de planification familiale, la consultation prénatale et les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST).

Les indicateurs de la couverture par les services de santé permettent de savoir dans quelle mesure les interventions sanitaires importantes bénéficient effectivement aux personnes qui en ont besoin. Le rapport de l'OMS () sur la période allant de 2005 à 2012 montre que les OMD sont loin d'être atteintes : plus 30% des besoins en planifications serait insatisfaits. La prévalence de la contraception était relativement basse : 13%. 95% des femmes enceintes ont eu au moins une consultation prénatale tandis que 50% d'entre elles auraient reçu au moins 4 consultations prénatales. La proportion d'accouchement en structure sanitaire et effectué par du personnel qualifié est estimée à 51%. Le taux de césarienne est de 6%.

Cependant 91% de nouveau-nés sont bénéficié d'une vaccination anti tétanique. La couverture vaccinale chez les enfants de moins d'un an était satisfaisante avec des taux au-dessus de la barre des 84% (5).

Plusieurs facteurs influencent la qualité des services de soins

notamment la qualité de la formation des prestataires de soins, la disponibilité des services soins, le cout des services de santé, l'efficacité des soins de santé, la continuité des soins, la qualité de la relation entre le personnel soignant et les malades.

Comme dans tous les pays de l'Afrique, la situation qui prévaut dans les structures de santé est alarmante. La qualité de l'accueil est jugée déficiente : non-respect des convenances sociales, attente trop longue. L'attitude des prestataires en particulier des infirmiers est l'un des éléments dissuasifs : grossièreté, impatience, intolérance. Il règne dans les hôpitaux un air de népotisme et de corruption si bien que la population rechigne parfois à aller dans les établissements de santé posant ainsi un réel problème d'équité (35). En effet il y'a une distinction entre les patients « recommandes » (souvent des parents à un agent de l'hôpital) et les « anonymes » : le premier groupe bénéficie de privilèges de la part du personnel : ils bénéficient d'attention, de considération, respect. Ils bénéficient des meilleurs soins sans nécessairement payer la consultation ou des dessous de table. À l'inverse les malades « anonymes », eux doivent parfois payer des dessous de table et ne sont l'objet d'aucune sollicitude. En outre il y'a des problèmes d'intimités et de confidentialité (consultations en présence de tiers). Tous les gestes indispensables à l'établissement d'un diagnostic n'étaient pas effectués, et ce quelle que soit la qualification du prestataire. Dans la plupart des cas l'offre de soins qui se limitent à un interrogatoire sommaire et à la délivrance d'une ordonnance stéréotypée. Le respect des mesures d'hygiène comme le port de gants, le lavage des mains avant et après un acte technique est un réel souci. En outre la définition des tâches en milieu hospitalier pose de sérieux problèmes : trop souvent le personnel paramédical effectue des actes pour lesquels il n'est pas qualifié, dispensant ainsi des soins de façon informelle. Il n'est pas nécessaire de préciser ces

pratiques peuvent se révéler dangereux pour les usagers. Avec des conditions d'hospitalisations sont particulièrement précaires avec des frais d'hospitalisations très élevés, des salles d'hospitalisations délabrées parfois. Peu d'hôpital disposent de draps à l'attention des patients, la famille se charge du linge, de l'alimentation, du lavage et de la surveillance du malade. Cependant les indicateurs de la continuité des soins étaient relativement bons(29).

La conclusion finale était qu'un manque de maîtrise globale de l'établissement de soins tant au niveau administratif que technique (entre autres par manque de supervision, par l'absence de travail en équipe) dominait dans ces structures.

d) Les médicaments(36,37)

Le Sénégal n'est doté d'une Politique Nationale Pharmaceutique qu'en 2005. Mais auparavant l'adoption de l'initiative de Bamako en 1992 avait permis d'améliorer l'accessibilité aux médicaments de bases. Le marché des médicaments s'élève à hauteur de plus de 58 milliards de francs CFA dont le financement vient à 80% de la population et à 10% pour de l'Etat. Au Sénégal, 85 à 90 % des besoins nationaux en médicaments viennent de l'étranger(36).

La Pharmacie National d'Approvisionnement crée depuis 1979 est le principal fournisseur en médicaments des structures sanitaires publiques. Les hôpitaux ont obligation de s'approvisionner à 75% de leurs achats et les autres structures publiques à hauteur de 100%. Le Sénégal dispose de trois unités de production de médicaments (Valdafrique, Aventis pharma, Pfizer Afrique de l'Ouest) qui malheureusement exportent l'essentiel de leurs produits dans la sous-région africaine pour ne laisser que 10 à 15 % dans le pays.

La disponibilité des médicaments varie en fonction des régions et selon leurs formes (génériques ou innovatrices). Les médicaments innovateurs sont quasi indisponibles dans le secteur public et confessionnel, par contre ils sont largement disponibles dans les officines privés. Les médicaments génériques sont relativement disponibles dans tous les secteurs d'activité. Les disponibilités régionales des médicaments génériques varient par rapport à la disponibilité nationale respectivement de 81% (Dakar) à 110% (Fatick) dans le secteur public et de 88% (Fatick) à 113% (Dakar) dans le secteur privé (37). L'indisponibilité des médicaments est liée le plus souvent à une mauvaise estimation du stock et à une lenteur administrative. Dans cette situation, le patient est soit obligé d'acheter les médicaments plus cher dans les pharmacies privées, soit de recourir à la médecine traditionnelle en utilisant des plantes médicinales. Il faut noter que la plupart des médicaments en rupture de stock sont ceux destinés à traiter les pathologies répertoriées comme étant les 10 premières causes de morbidité et de mortalité du pays. Le prix des médicaments n'est pas harmonisé et les contrôles des prix sont insuffisants. Le prix élevé des médicaments empêche l'accès aux médicaments de base pour la population particulièrement les personnes à faibles revenus. Le prix moyen d'une ordonnance s'élève entre 1000 et 2000 FCFA tandis que le salaire journalier minimum d'un employé non qualifié du secteur public, qui est de 2804,9 FCFA.

Un autre problème concernant les médicaments est la faible qualité des médicaments disponibles. Le manque de contrôle de qualité des médicaments aussi bien dans les pays exportateurs que dans les pays importateurs est une des raisons principales de la prolifération de médicaments de faible qualité. Même si la responsabilité est partagée, les pays exportateurs sont souvent des pays en voie de développement

et disposent donc de peu de capacités ou de moyens de contrôle de la qualité. Ceci aboutit à la prolifération de médicaments de qualité inférieure aux normes et de médicaments contrefaits. En outre le prix excessif des médicaments pousse la population à chercher des sources d'approvisionnement beaucoup moins cher en dehors du système normal. Ce marché noir facilite la circulation de ces produits de mauvaise qualité souvent dangereux. Ce trafic est très florissant dans les pays subsahariens du fait du manque de réglementation, de contrôle

D. Défis pour la population

a) L'utilisation des soins de santé

✚ Utilisation des services de santé de manière générale (11)

Une importante proportion de la population n'a pas recours aux services de santé formels en cas de maladie. Les prix élevés des services de santé et les perceptions sociales de la maladie et de sa gravité sont les principaux facteurs limitant de l'utilisation des services de santé. En effet la mauvaise perception de la population sur la nécessité d'utiliser les services de santé témoigne d'un besoin absolu d'éducation et de sensibilisation de la population sur la demande des services de soins essentiels.

Les structures de santé publique semblent être préférées au secteur privé. Selon les données du QUID de 2001, 38% des personnes qui ont visité un prestataire de soins au cours des quatre semaines précédant l'enquête l'ont fait auprès d'une formation sanitaire publique. Ce taux atteint près de 50% en milieu rural. En outre les marabouts et guérisseurs sont fréquentés dans 13% des cas.

En somme les populations sont en contact avec les services de santé mais les taux de couverture effective (qui tiennent compte de la continuité dans l'utilisation et de la qualité du service) restent très faibles.

Tableau 4: Raisons de non utilisation des services de santé, Sénégal, 2001

Type de maladie/ blessure	Proportion n'ayant pas consulté	Raisons pour ne pas avoir consulté			
		Pas besoin	Tarif élevé	Distance	Autre
Fièvre / paludisme	35,2	38,7	37,9	16,6	18,8
Diarrhée	32,8	36,9	43,8	13,1	18,5
Accident	25,2	58,1	22,9	10,2	16,4
Problèmes dentaires	35,5	38,7	41,3	9,7	20,3
Problèmes de peau	28,1	34,6	43,3	11,9	18,9
Yeux	36,5	33,7	39,9	5,4	26,1
Oreille/nez/gorge	38,0	49,4	31,3	11,8	16,6

Source : QUID 2001

✚ Utilisation des soins de santé maternelle, néonatale et infantile (11)

La vaccination, l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, la supplémentation en micronutriments (vitamine A et zinc), l'utilisation des moustiquaires imprégnées et de médicaments antipaludiques contre le paludisme, la thérapie de réhydratation par voie orale en cas de diarrhée, l'utilisation d'antibiotiques en cas d'infection respiratoire aiguë ou des dysenteries sont les principales interventions préventives visant à améliorer la santé et la survie des enfants.

On note une amélioration de la couverture vaccinale globale Sénégal mais elle reste encore faible.

Sur la période 1992 (EDS2) et 2005 (EDS4), la couverture vaccinale a connu une augmentation sensible, passant de 49% à 59% pour l'ensemble des antigènes cibles. Des progrès notables sont enregistrés pour ce qui concerne la tuberculose : de 55%, elle est passée à 73% en 2005(EDS4).

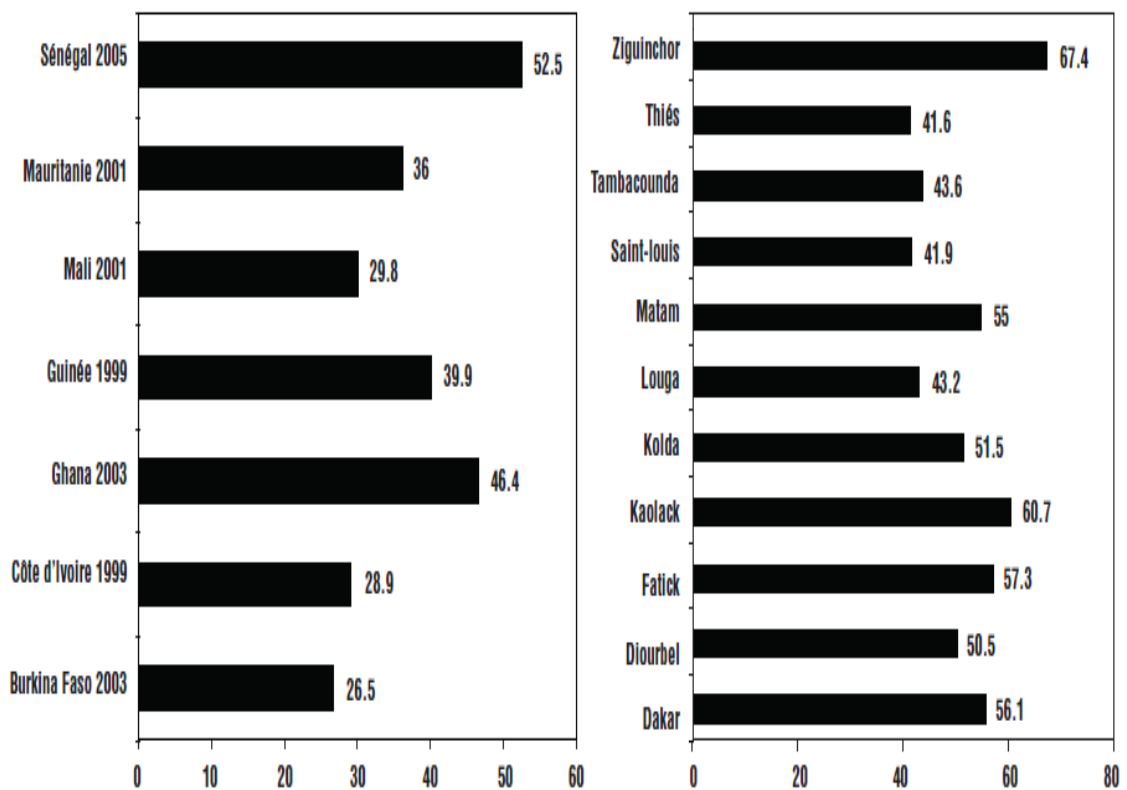
Malgré que l'allaitement soit une pratique très répandue au Sénégal (99%), son taux d'utilisation jusqu'après l'âge de 6 mois reste encore très bas. Le taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est passé de 5% en 1986 à 11% en 1997 avant d'atteindre le niveau de 34% en 2005.

Le rapport provisoire de l'EDS IV suggère que 75% des enfants de moins de cinq ans ont reçu un complément de vitamine A au cours des six mois précédant l'enquête. Environ 80% des enfants de moins de 5 ans ont reçu la vitamine A. Le taux de supplémentation chez les enfants de femmes analphabètes est légèrement inférieur à la moyenne nationale (79%). L'introduction et l'intégration de cette intervention dans le PEV expliquent les résultats obtenus.

En ce qui concerne la réhydratation orale, le niveau d'utilisation peut être jugé satisfaisant si l'on compare avec les pays de l'Afrique

occidentale : en effet plus de la moitié des enfants présentant une diarrhée aiguë ont reçu une réhydratation orale alors qu'au Ghana le chiffre se limite à 46 % et à 27% au Burkina(23). Il existe un écart peu significatif dans l'utilisation de TRO entre le milieu urbain et le milieu rural. Il faut souligner que la population s'est montrée très réceptif aux campagnes de sensibilisation et de distributions des kits de TRO organisées par l'état.

Figure 4 : Utilisation de la TRO, Sénégal et pays d'Afrique de l'Ouest



Sources : Enquêtes démographiques et de santé

Plusieurs enquêtes disponibles montrent une certaine inertie des femmes sénégalaises face aux symptômes que présentent leurs enfants malades. Environ 38% des mères déclarent avoir demandé des soins de santé lorsque leurs enfants souffraient de fièvre et de toux. Cette performance est très basse si on compare avec les autres pays de la zone subsaharienne. Peu de femmes 30% considèrent qu'un enfant malade dont l'état s'est aggravé en dépit des soins à domicile doit être conduit à un centre médical, tandis que du sang dans les selles de l'enfant (11% des femmes) ou le fait qu'il soit incapable de boire (9% des femmes interrogées) ne sont pas des motifs suffisants de recours à un personnel de santé. Ces taux sont encore plus bas pour les milieux, les régions et les ménages pauvres.

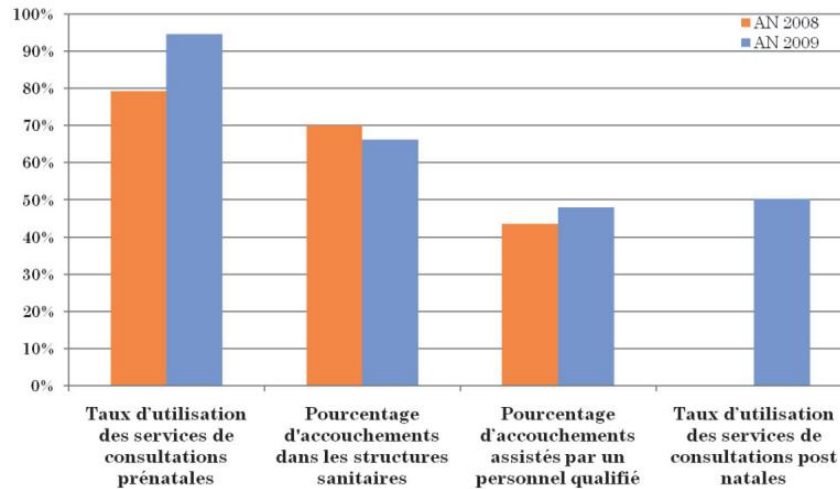
Les femmes issues de zones urbaines (45%) ont plus recours aux soins de santé que les femmes issues de milieu rural (33%).²³

La faible connaissance des signes d'alerte des maladies par les mères suggère que les politiques de sensibilisation n'ont pas eu les effets souhaités.

La proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale auprès de personnel de santé qualifié est passée de 87%¹⁶ en 2005 à 94,7¹⁷ en 2009. Le taux d'achèvement (4 consultations prénatales) quant à lui a baissé, de 40%¹⁸ en 2005 à 28,4%¹⁹ en 2009.

Entre 1997 et 2005, la proportion de femme ayant accouché dans une structure sanitaire est passée de 48% à 62%. Cependant il existe des disparités énormes selon les régions : 88% des accouchements en milieu rural se sont déroulés dans une formation sanitaire tandis que seulement 47% des femmes enceintes en milieu rural ont eu recours à des structures de santé. Environ une femme sur deux accouche à la maison en milieu rural.

Figure 5 : Continuité des soins en termes de santé maternelle et néonatale (10)



Sources : DSR

Utilisation des services de santé reproductive (5,11)

L'utilisation de la contraception générale s'est considérablement améliorée au Sénégal entre 1986 (3,9%) et 2005 (11,8%) ; et surtout l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a augmenté de 4,5% en 1992 à 10,3% en 2005 (11). L'OMS estime le taux de prévalence contraceptive à 13% au Sénégal (5). Toutefois très peu de femmes en union en zone rurale utilisent la contraception moderne (5%) contrairement aux femmes en zone urbaine (18%)(11).

La prévalence de la contraception liée au niveau d'instruction explique les différences entre les régions.

La non satisfaction des besoins en contraception très chez les femmes en union (30%), les femmes sans union et les adolescents expliquent le taux élevé de grossesses indésirables et d'avortements clandestins.

Les obstacles à l'utilisation de la contraception sont nombreux et sont

le résultat de nombreux facteurs provenant aussi bien de l'offre que de la demande :

- Le manque de services accessibles;
- Le manque d'un choix de méthode approprié à la situation de la femme et de sa famille ;
- L'ignorance concernant la sécurité, l'efficacité et la disponibilité des choix ;
- L'interaction insuffisante entre prestataires de soins et clients ;
- L'absence de soutien communautaire ou conjugal
- Les contraintes financières

Cette disparité dans l'utilisation des services de soins reflète beaucoup plus les différences dans la disponibilité et dans l'accessibilité géographique des services entre les régions. La forte densité démographique de Dakar et son taux d'urbanisation nettement supérieur aux autres régions facilitent le rapprochement des services des populations et joue en faveur d'une plus grande consommation de soins dans cette région par rapport aux autres régions.

b) L'aspect financier (11)

En termes de développement humain le Sénégal se situe au 157ème rang sur 177 pays classés, avec un indicateur de développement de 0,436 (Rapport PNUD 2004).

Un sénégalais dépense en moyenne 3250 FCFA par an pour les différents services de santé (consultation, médicaments, soins et autres services) avec une variation en fonction du lieu de résidence : 5739 en milieu urbain contre 1943 en milieu rural. Si l'on analyse le poids des dépenses on note que les médicaments constituent la plus grosse dépense en matière de santé avec plus de 2173 FCFA contre

seulement 520FCFA pour les consultations et 513 FCFA pour les soins médicaux. La part des dépenses de santé dans les dépenses totales moyennes du ménage est de 3,17%, ce qui est faible par rapport aux dépenses alimentaires (69%), d'habillement (10%), de logement (8%), de transport (4,5%). L'éducation vient en dessous de la santé avec environ 2% (11).

En vue d'alléger les dépenses de santé aux ménages les plus pauvres, le Gouvernement du Sénégal a pris des mesures ayant pour but de leur faciliter l'accès aux soins. Il s'agit notamment des initiatives de gratuité (Plan Sésame, césarienne et accouchement gratuits, ARV gratuits, etc.) ou de subvention(38). Le total des subventions directes (hors subvention usuelles et coûts partagés avec les formations sanitaires et comité de gestions) est estimé à 3,6 milliards de francs CFA en 2006 (39). Cependant il existe des problèmes de coordination, de gestion et de transparence. Par exemple, le plan Sésame, qui concerne la gratuité des soins pour les plus de 60 ans, et la gratuité des accouchements et césariennes sont gérés par différentes directions au sein du Ministère. La subvention à la vente des CTA dans le secteur public et privé est gérée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Il n'y a pas d'adéquation entre les montants des subventions et le coût réel des services fournis. Il en résulte deux problèmes majeurs :

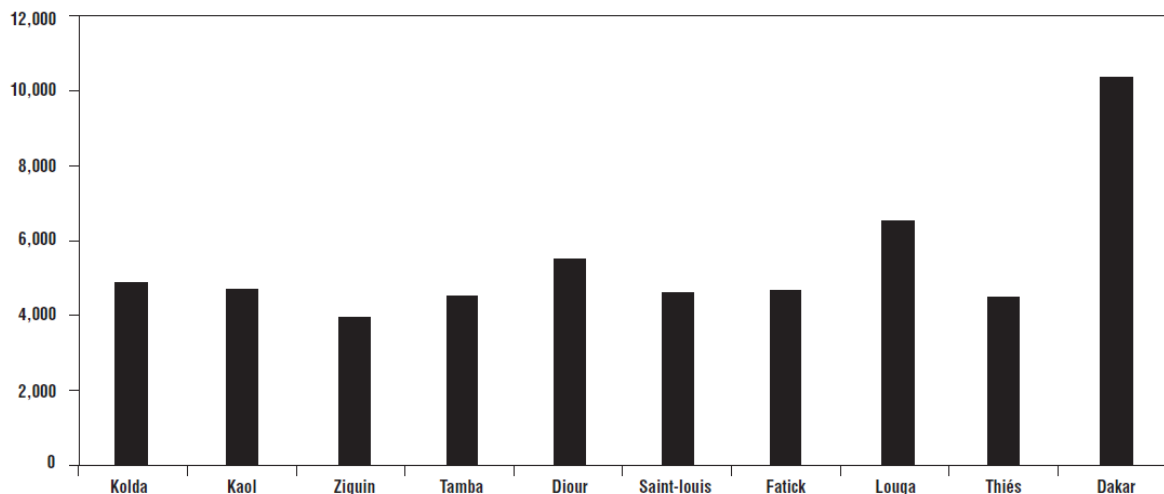
Une mauvaise répartition des ressources étant donné que chaque programme/subvention est considéré isolément des autres,

Et une mauvaise planification des ressources nécessaires pour poursuivre ces interventions.

Au Sénégal, la prise en charge des plus démunis reste un grand problème : en effet une frange de la population se retrouve « exclue »

du fait de l'impossibilité de payer le minimum des frais. Cette inaccessibilité aux soins de santé semble relever d'une volonté politique défailante de l'Etat à qui incombe la prise en charge des indigents. En effet la prise en charge des indigents par les hôpitaux engendre des dettes énormes que l'Etat met du temps à payer poussant certains hôpitaux à refuser les certificats d'indigence : l'on peut dès lors imaginer la position très délicate des malades indigents en situation d'urgence.

Figure 6 : dépenses de santé moyennes par habitant et par an (f CFA) au Sénégal (11)



Source : ESAM II – 2001

ESAMII : enquête sénégalaise auprès des ménages II

VI. Possibilités de développement des soins de santé primaires au Sénégal

Les systèmes de santé demeurent fragiles, et l’Afrique doit faire face à une charge croissante des maladies transmissibles et non transmissibles, à une mortalité infantile et maternelle élevée, à des épidémies et crises humanitaires récurrentes, aggravées par la crise financière mondiale. En dépit de multiples contraintes, des progrès incontestables ont été réalisés par le gouvernement, les communautés et les partenaires dans l’amélioration des résultats sanitaires. Toutefois, les défis à relever concernant la Couverture Sanitaire Universelle restent nombreux.

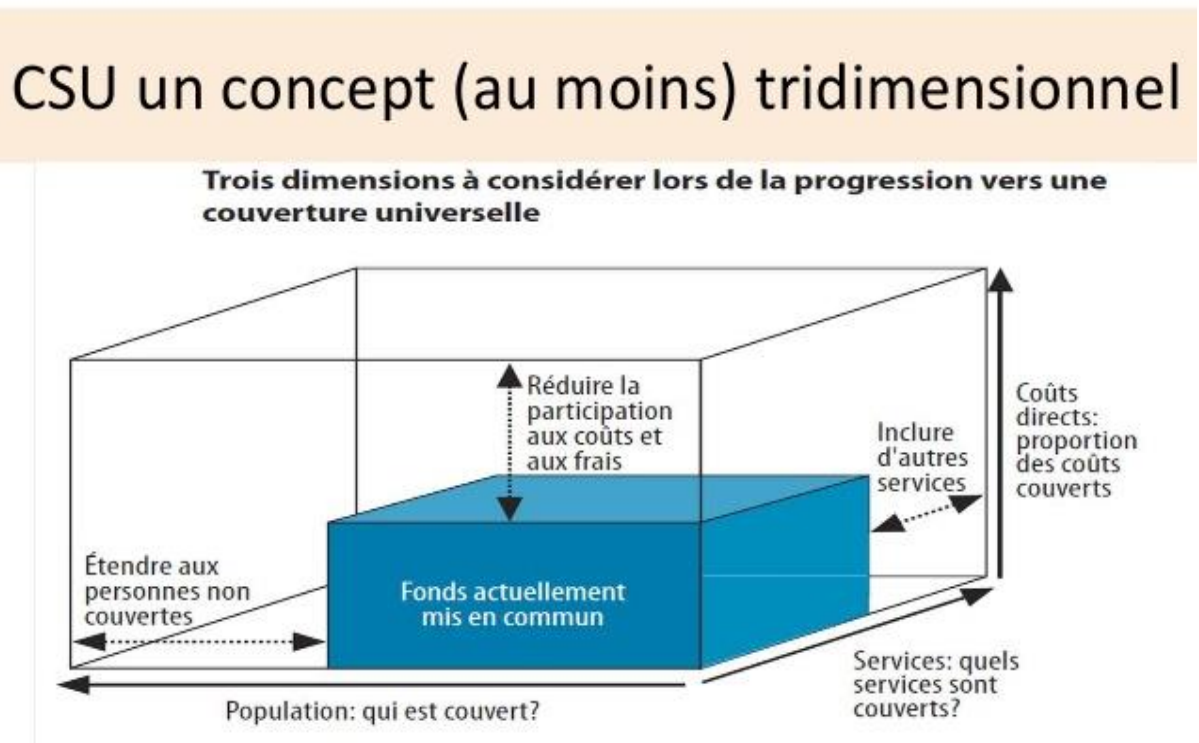
Une bonne couverture sanitaire universelle dans les pays en voie de développement est possible mais nécessite la présence de plusieurs facteurs parmi lesquels(40) :

- Un système de santé solide, efficace et bien géré qui réponde aux besoins de santé prioritaires au moyen de soins intégrés centrés sur les personnes (y compris des services spécialisés dans le VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles, la santé de la mère et de l’enfant):
 - ✚ en informant les gens et en les encourageant à rester en bonne santé et à prévenir les maladies;
 - ✚ en dépistant tôt les problèmes de santé;
 - ✚ en ayant les moyens de traiter les maladies;
 - ✚ en aidant les patients ayant besoin d’une réadaptation.
- Des soins à un coût abordable par un système de financement des services de santé qui évite aux usagers de rencontrer des difficultés financières lorsqu’ils y font appel.
- L’accès aux médicaments et aux technologies essentiels pour

diagnostiquer et traiter les problèmes médicaux.

- Des effectifs suffisants de personnels de santé bien formés et motivés pour dispenser les services et répondre aux besoins des patients en se fondant sur les meilleures données factuelles disponibles.

Figure 7 : CSU concept tridimensionnelle



A. Financement de la santé (41)

Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en matière de santé et assurer une couverture sanitaire universelle, les pays pauvres doivent disposer de fonds pour permettre les améliorations nécessaires.

L'aide financière apportée par les ONG, la communauté internationale et l'UE sont insuffisants pour régler le problème du financement de la santé dans les pays en voie de développement. Les Programmes d'Ajustement Structurel ont eu un impact catastrophique sur les dépenses en santé, conduisant de nombreux pays à réduire les motivations et le nombre de fonctionnaires via l'imposition d'un plafond aux dépenses publiques, notamment pour les salaires. Le FMI et la Banque mondiale par la limitation de leur budget de subventionnement ont poussé plusieurs pays à drastiquement réduire le nombre de ses personnels peu qualifiés pour réduire ses dépenses et réajuster le skill mix en faveur de personnels plus qualifiés (33).

Du fait de la limitation des moyens financiers des systèmes publics de santé et la faible capacité de paiement d'une grande partie de la population et de ses systèmes d'assurance, les objectifs de norme et de qualités restent limités.

La politique sénégalaise de financement direct de la santé et l'absence de système national de couverture du risque maladie rendent difficile l'accès des populations pauvres aux soins, notamment en milieu rural.

L'amélioration de l'accès aux soins de santé et l'obtention d'un système de santé durable nécessite outre la collaboration des gouvernements et des partenaires l'implication, la participation et

l'affirmation des communautés. En effet avec la participation de la société civile et la prise en charge de la santé par les citoyens, on assiste à l'émergence et à l'affermissement progressif de structures mutualistes très diverses: organisations communautaires, paysannes, de jeunes, de femmes, à caractère syndical, mutualiste, non lucratif qui tentent de promouvoir l'accès des soins de qualité à travers la solidarité, la non-exclusion, la démocratie. La mutuelle de santé définit comme un système d'assurance volontaire, à but non lucratif, élaborée sur la base d'une éthique d'aide mutuelle, de solidarité et de prise en charge collective des risques sanitaires et dont les membres participent effectivement à la gestion et au fonctionnement. Les micro-assurances ont les mêmes principes directeurs que les autres assurances : le prépaiement et le partage des risques assurant ainsi l'accès aux soins en temps voulu mais aussi l'allègement des dépenses de santé qui peuvent être couteux pour la population. La micro-assurance santé recouvre un large spectre de dispositifs solidaires basés sur la mutualisation des risques pour couvrir une partie ou l'intégralité des coûts des services sanitaires. Dans une plus ou moins grande mesure, les micro-assurances santé ciblent les ménages qui tirent leurs revenus du secteur informel et qui sont exclus des systèmes formels de protection sociale. L'adhésion est par conséquent habituellement volontaire.

En apportant des ressources financières supplémentaires et durables aux services de santé, les mutuelles leurs permettent d'offrir des soins de meilleure qualité. Ceci rend ces structures plus solvables et aboutit à un nombre élevé d'adhérents. En plus ces mutuelles sont plus capables de défendre les droits des adhérents : ils sont mieux informés sur les problèmes d'accès aux soins, des soins délivrés par formations sanitaires et de leurs coûts. Les mutuelles de santé peuvent représenter avec compétence la voix des usagers, dans les débats de

politique de santé et particulièrement par rapport à la qualité des soins.

La micro-assurance a suscité un intérêt croissant et des efforts de mutualisation, poussés ou non par les gouvernements en place ont vu le jour aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public.

Ces mutuelles sont à encourager car elles sont à l'écoute des populations dont l'évaluation des besoins semble être le cœur du processus. Ils impliquent une large sensibilisation des pouvoirs publics, corps médical, citoyens.

B. Gestion et bonne gouvernance(24) :

Pour une gouvernance efficiente des systèmes de santé, la mise en œuvre des activités doit être basées sur des politiques et plans clairement définis et connus de tous les acteurs, et dont l'élaboration et l'évaluation sont faites sur une base participative. Les mécanismes de coordination des interventions des différents acteurs, y compris les partenaires au développement, doivent être déterminés et appliqués.

La création d'une instance regroupant les responsables des différents acteurs du comité de gestion des collectivités locales présentes sur le territoire du district permettra une meilleure planification des activités sanitaires, un meilleur suivi dans leurs exécutions mais aussi une meilleure coordination de l'intervention des différents acteurs.

Le Service d'Inspection a besoin de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes pour renforcer les capacités des régions médicales compétentes en matière d'inspection, de vérification et de contrôle.

Il faudrait surtout réfléchir sur des systèmes de santé qui prennent en charge toute la population en lui accordant l'accès aux soins de qualité et qui soient abordables ceci par la création d'un système national de

santé suivant le modèle beveridgien. Le système beveridgien ou assistanciel (23) est fondé sur plusieurs principes parmi lesquels :

- L'Universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques
- L'Uniformité des prestations fondée sur les besoins des individus et non sur leurs pertes de revenus en cas de survenue d'un risque
- L'Unité de gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale.
- Un financement basé sur l'impôt.

C. Stratégies de développement des ressources humaines (32)

- a) **Passer à la vitesse supérieure en matière de planification des ressources humaines :** le développement des effectifs nécessite impérativement : une volonté politique, un bon financement et un plan d'ensemble. Le personnel de santé doit être considéré comme un investissement. A cet effet les dirigeants politique doivent s'engager à dégager les fonds nécessaires financer les prestataires de services, le personnel administratif et le personnel d'appui dont l'action est d'une importance cruciale pour le personnel qui travaille aux avant-postes du système de santé. En outre une redynamisation du personnel basée sur les besoins reconnus en ressources humaines des programmes prioritaires et fixant des objectifs de rendement à court et à long terme est un facteur non négligeable de cette stratégie.

b) Simplifier les services et déléguer à bon escient :

Une efficacité optimale du personnel est possible grâce à deux règles de base : la simplification et la délégation des tâches. La simplification des activités de base permet de déléguer certaines tâches à un personnel moins qualifié avec comme résultat une amélioration de la productivité du personnel. L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite dans le monde et l'extension de l'utilisation de la réhydratation orale sont deux exemples probants de cette stratégie. La simplification facilite la délégation des tâches mais elle n'en est pas une condition préalable. Certaines tâches liées aux prestations de services peuvent souvent être exécutées aussi ou même plus efficacement par des personnels moins qualifiés. Cette délégation des tâches est particulièrement importante lorsque les ressources sont limitées.

c) Assurer la santé et la sécurité du personnel sanitaire :

Le sous-effectif dans les établissements de soins contribue au surmenage, à la baisse du moral et à l'absentéisme. La prise en charge des problèmes de santé et de la sécurité du personnel concernant conditions d'exercice, les règles de sécurité, notamment dans des contextes de prise en charge du VIH et autres maladies transmissibles telles que les hépatites B et C, sont essentielles. Les accidents d'exposition au sang sont un risque réel pour les personnels. Une attention toute particulière au respect des précautions universelles, la mise en place de protocoles de prise en charge des accidents d'exposition au sang et l'accès à un traitement gratuit des personnels infectés par le VIH sont donc des facteurs qui peuvent influencer la rétention du personnel.

d) Déployer le personnel pour tendre vers la continuité des soins

Les soins centrés sur le malade, le partenariat, l'amélioration de la qualité, les technologies de l'information et de la communication permettent d'assurer la continuité des soins. Cependant la mise en place de ce concept doit se faire au niveau des institutions de formation et lors du déploiement du personnel leur permettant ainsi l'intégration de ces compétences lors de leurs activités.

L'amélioration des ressources, des politiques et de la gestion des systèmes de santé contribuera à assurer l'équité grâce à un système qui s'adresse aux pauvres et à ceux qui ont le plus besoin des soins de santé.

D. Des soins de santé de qualité

Pour améliorer la gouvernance et la qualité des services dans les formations sanitaires, il serait nécessaire de mettre en place, en collaboration avec la société civile, des mécanismes d'évaluation de la satisfaction des usagers qui feraient l'objet de rapports périodiques soumis à l'autorité compétente et discutés par tous les acteurs concernés par la gestion des structures.

La qualité des services témoigne de la dynamique d'un système de santé qui, au-delà des besoins quantitatifs à couvrir et des normes à respecter, cherche à répondre aux besoins de qualité, qui vont bien plus loin que l'atteinte de ces normes. Dans le cas du Sénégal, la volonté d'assurer une meilleure qualité des services existe à travers la mise en place du Programme Qualité rattaché au cabinet du Ministre de la Santé. La supervision des services, surtout formative, pouvait permettre de pallier certains

problèmes de qualité en aidant le prestataire à se corriger progressivement et s'améliorer. Ainsi, un guide de la supervision révisé a été élaboré par le MSP (19). Cependant, son utilisation n'est pas encore effective. Les activités de supervision prévues ne sont que rarement exécutées sur le terrain et les superviseurs autant que les supervisés s'en plaignent. Les seules supervisions effectives sont le fait des programmes verticaux concernant ceux relatifs au paludisme, à la tuberculose et au SIDA, qui disposent de moyens financiers importants.

E. L'accès aux médicaments (42)

L'accès aux médicaments est un droit humain et un droit à la santé.

Pour un meilleur accès aux médicaments, un changement de politique et de mentalité est nécessaire : les sociétés pharmaceutiques doivent adapter leurs offres aux besoins de l'Afrique et minimaliser leurs profits.

Les pays exportateurs des médicaments vers l'Afrique doivent être encouragés à contrôler la qualité des médicaments qu'ils vendent. En effet une législation du contrôle de la qualité des médicaments exportés vers tous les pays est nécessaire. Les pays africains doivent en outre prendre leurs responsabilités et créer des législations destinés à lutter contre la production, la vente, l'importation ou l'exportation de contrefaçons. Le prix des médicaments doit être baissé et adaptés à un niveau de prix acceptable pour la plupart de la population par les moyens d'accord commerciaux ayant un impact possible sur la santé et sur l'accès aux médicaments génériques même lorsque le médicament original est encore protégé par un brevet.

F. Situation sanitaire et atteinte des OMD (32)

Une mobilisation nationale au plus haut niveau avec rationalisation des politiques de planification sanitaires pour assurer la coïncidence entre

la demande santé et l'offre de santé permettra de cibler de manière plus systématique des populations et d'obtenir de meilleurs résultats concernant l'atteinte des OMD.

Pour améliorer l'accès aux soins, notamment à l'égard des populations démunies, la revalorisation des infrastructures s'impose. Cela commande la nécessité de revoir avec beaucoup d'intérêt la carte sanitaire parce que dans un esprit d'éthique et de justice sociale, toutes les populations ont droit aux soins. Une extension du programme national nutrition, en s'appuyant sur les succès obtenus dans les régions concourra à la fois aux OMD sur la mortalité infantile, sur la pauvreté et la faim.

Toujours dans le but d'améliorer l'offre de santé il nous semble judicieux que plus d'efforts doivent être fournis pour permettre réellement à la santé de bénéficier des TIC (technologies de l'information et de la communication). À ce propos, le développement et vulgarisation de la télémédecine serait à encourager, car elle participe à favoriser la collaboration entre les professionnels parfois éloignés géographiquement, mais aussi à permettre un accès plus large des populations aux soins.

Un programme national de nutrition étendu sur tout le territoire sénégalais en s'appuyant sur les succès obtenus dans les régions concourra à la fois aux OMD sur la mortalité infantile comme sur la pauvreté et la faim.

Il est nécessaire d'augmenter significativement la proportion des femmes qui accouchent en milieu sanitaire où des efforts restent indispensables pour améliorer les compétences et la qualité des offres de soins. Il faut renforcer la prévention et traitement dans le domaine de la lutte contre le paludisme en mettant en place un dispositif de suivi des progrès accomplis. En outre il serait judicieux d'implanter un système d'information qui puisse collecter de manière systématique les

données de tous les acteurs offrant des activités de soins afin de pouvoir se concentrer sur les besoins les plus demandés.

L'amélioration de l'accueil, de l'examen clinique, la personnalisation de la consultation avec, notamment pour les malades chroniques, la promotion de la prise de rendez-vous afin de limiter l'attente, la permanence d'une consultation médicale le matin et l'après-midi dans tous les établissements participant au service public sont des mesures simples qui permettraient de réduire les barrières entre les services de soins et la population mais aussi d'améliorer la relation patient /médecin.

VII. Conclusion

L'accès à des soins de santé de qualité et durables reste le plus grand défi des pays en voies de développement. Des performances ont réalisées en ce qui concerne l'atteinte des OMD. Malheureusement, le constat général reste toujours le même : la population souffre toujours du déficit d'accès aux soins. Les hôpitaux au Sénégal sont le siège de plusieurs problèmes notamment la dégradation des infrastructures et équipements; l'appauvrissement du plateau technique; le manque de transparence dans la gestion des ressources et une démotivation du personnel. Il existe toujours des barrières quant à l'accès des pauvres aux services de santé. Les populations rurales accèdent difficilement aux services de santé surtout les services spécialisés (Dakar et capitales régionales). En plus du coût de la prise en charge déjà élevé, il faut ajouter les frais liés au déplacement et à l'hébergement.

La qualité des soins, l'accès aux médicaments, les ressources humaines sont de grands maux dont la résolution nécessite la volonté politique de l'Etat mais aussi une collaboration avec les communautés internationales. Devant la multitude et la diversité des acteurs (Etat, Collectivités locales, Etablissements Publics de santé, mutuelles de santé, comités de santé, les ONG, les organisations communautaires de base) et les limites observées à l'accès aux soins de qualité à la majorité de la population, il est important et urgent d'élargir l'offre des soins afin de satisfaire la demande sans cesse croissante.

Pour ce faire, les autorités doivent résoudre d'abord les problèmes qui sont à l'origine de la dégradation de la santé de la population : la pauvreté, des difficultés d'accès à l'eau potable et aux logements

propres et décents, l'analphabétisme etc... La création d'un système national de santé selon le modèle beveridgien comme suggéré dans le chapitre précédant peut être une solution durable aux problèmes d'accessibilité aux soins. La transparence, la rationalisation de l'utilisation des ressources publiques ainsi que l'investissement de 15% du PIB dans la santé constitue l'enjeu essentiel du financement de la santé pour les prochaines années. En outre il semble essentiel d'investir dans les ressources humaines pour une meilleure répartition du personnel avec au moins 50% des médecins au niveau des SSP.

Références bibliographiques :

- (1) OMS. Données de l'Observatoire mondiale de la santé : Sénégal.
- (2) OMS. Profil sanitaire du Sénégal 2013 : indicateurs sociodémographiques.
<http://www.who.int/countries/sen/fr/>.
- (3) Banque Mondiale. Indicateurs de développement dans le monde ;
<http://www.banquemondiale.org/fr/country/senegal/overview>.
(Dernière mise à jour le 07/05/2015; consulté 15/06/2015).
- (4) Sénégal. SNDES 2013-2017 Stratégie Nationale de Développement Economique et Social 2012.
- (5) OMS. Statistiques Sanitaires Mondiales 2014 : partie III Indicateurs sanitaires mondiaux
p. 66, 67, 84,85 ,112,113.
- (6) Ministère de la Santé du Sénégal. Troisième enquête nationale sur la couverture obstétrico-chirurgicale au Sénégal, avril 2003.
- (7) Sénégal. Ministère de la santé : EDSIV (Enquêtes démographique et de santé IV) 2006.
- (8) Sénégal. Ministère de la santé : EDS V (Enquêtes démographique et de santé V) 2011.
- (9) Sénégal. Ministère de la santé : Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction 2010-2015; p.9.
- (10) Touré L, Wane D, S Alford, R Taylor. Santé maternelle et néonatale : Succès et Défis. USAID 2012 p.6.
- (11) Rapport Analytique Santé et Pauvreté Sénégal 2006 p 27.
- (12) The Lancet, vol.365, n°9462,5mars 2005, p.895.
- (13) Sénégal. OMS, Ministère de la Santé et de la Prévention. Cartographie et évaluation approfondie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé. 2009; p. 8.
- (14) Sy O. Etude de quelques aspects épidémiologiques et environnementaux du paludisme au Sénégal Université Cheikh Anta Diop de Dakar 2006.
- (15) Sénégal. PNLP : Lutte contre le paludisme au Sénégal : l'histoire d'un partenariat réussi. 2013 p.7.
- (16) PNT. Rapport d'évaluation du PNT p.9 septembre 2006
- (17) CNLS Sénégal: Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA: 2012-2013 p 16.
- (18) Sénégal. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2012-2013 p. 3.
- (19) Sénégal. Ministère de la Santé: plan national de développement sanitaire 2009/2018 janvier 2009, p. 20-21.

- (20) Sarr B. Situation sanitaire du Sénégal.
- (21) Doucouré A. Analyse des couts et du financement du Programme Elargi de Vaccination en 2008 dans le district sanitaire de Niourou du Rip (SENEGAL) p. 5.
- (22) Gobbers D, E Pichard. L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest adsp n° 30 mars 2000 p. 35-42.
- (23) <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/definition/systemes-bismarckien-beveridgien-protection-sociale-quelles-caracteristiques.html> consulté le 25/06/2015.
- (24) Mbengue C, Derriennic Y, Diouf F, Dione D, Diawara L, Diagne A. Evaluation du système de santé du Sénégal. 2009.
- (25) Sow B, Ndiaye B, Gaye A, Sylla A : Enquête Sénégalaise sur les indicateurs de santé 1999.
- (26) Sakho M, Cisse M, Codjia, Compaore C, Chawla M, Etude des Stratégies de Mobilisation des Ressources dans le Secteur de la Santé: Le Cas du Sénégal. 1996.
- (27) Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale : Elaboration d'une Stratégie nationale d'extension de la couverture du risque maladie des Sénégalais. 2008, p 12.
- (28) Ministère de la Santé. Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017 p 10.
- (29) Balique H. Le système hospitalier du Sénégal: analyse et perspectives. Mai 1996 p 14.
- (30) Sénégal. Ministère de la santé : la réforme hospitalière 6 ans après septembre 2004 p 11-12.
- (31) Zurn P, Codjia L, Sall F, La Fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles du Sénégal. 2008 p 22.
- (32) OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2006.
- (33) Gallais C, Les ressources humaines en santé dans les pays en développement : revue bibliographique. 2010 p 6.
- (34) Gueye A, Seck P. Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal. 2009.
- (35) Gobbers D. L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest adsp n° 38 mars 2002 71-78.
- (36) Ministère de la santé. Evaluation du secteur pharmaceutique au Sénégal: Rapport d'enquête.
- (37) Cissé M. Ministère de la santé. Enquête sur les prix des médicaments au Sénégal. 2005, p6.
- (38) Ndiaye O, Diémé E. Ministère de la santé. Evaluations des initiatives de subventions et du fonds fiscal. p 21.

- (39) Ministère de la santé. Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie des Sénégalais. p 14.
- (40) OMS. http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/.
- (41) Sénégal. Ministère de la santé: Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal p 10.
- (42) Manuel d'AEFJN – Volume 2 – Chapitre 4 – Accès à des médicaments de qualité.