

ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL



Abdou Karim Gueye

Abdoul Karim GUEYE
Pape Salif SECK

Octobre 2009



SOMMAIRE

I.	CONTEXTE ET OBJECTIFS DE LA MISSION	
1.1	Contexte général.....	
1.2	Contexte spécifique	
1.3	Objectifs de l'étude	4
II.	METHODOLOGIE	5
2.1	Revue documentaire.....	5
2.2	Elaboration des outils.....	5
2.3	collecte des informations	5
2.4	Production du rapport provisoire	5
III.	LE PROFIL SANITAIRE DU SENEGAL	6
3.1	La situation épidémiologique	6
3.2	Les maladies transmissibles	6
3.3	Les maladies non transmissibles	7
IV.	LA STRATEGIE DES POUVOIRS PUBLICS EN MATIERE HOSPITALIERE	8
4.1	Arrière-plan	8
4.2	La politique de santé	8
4.3	Le système de santé	9
4.4	Les programmes nationaux	9
4.5	La politique nationale hospitalière.....	10
V.	LA PROBLEMATIQUE DES RESSOURCES HUMAINES	12
5.1	Constats d'ordre général.....	12
5.2	Systèmes et procédures	12
VI.	LES RESSOURCES FINANCIERES ET MATERIELLES.....	15
6.1	Les ressources financières	15
6.2	Les ressources matérielles	16
VII.	DISPOSITIF INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL.....	18
7.1	Dispositions légales	18
7.2	Organisation des EPS.....	18
VIII.	ANALYSE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS.....	20
8.1	Définition des concepts.....	20
8.2	L'accessibilité géographique.....	20
8.3	L'accessibilité financière	21
8.4	L'accessibilité socioculturelle	22
8.5	La prise en compte des cas sociaux.....	23
8.5.1	Les indigents.....	23
8.5.2	Le plan sésame.....	23
IX.	PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL	25
9.1	La mutation de certains centres de référence en hôpitaux de niveau 1	25
9.2	La création de CHU régionaux.....	25
9.3	La rationalisation du recrutement du personnel	25
9.4	L'introduction de la télémédecine.....	26
9.5	La réhabilitation de l'hôpital « le Dantec »	26
9.6	Le respect de la pyramide sanitaire	26
9.7	Le règlement des questions financières avec l'Etat et des collectivités locales	26
9.8	Meilleure prise en compte des groupes vulnérables	26
9.9	Le développement du partenariat Public Privé	26
9.10	Le développement du partenariat avec les tradi-praticiens.....	27
9.11	Le règlement de la question de la direction des hôpitaux	27
X.	CONCLUSIONS	28



SIGLES ET ABREVIATIONS

ACP	Afrique Caraïbes Pacifique
ANE	Acteurs Non Etatiques
ASBEF	Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial
CA	Conseil d'Administration
CE	Communauté Européenne
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSP	Direction de la Prévision et de la Statistique
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPS	Etablissement Public de Santé
ESAM	Enquête Sénégalaise Auprès des Ménages
FAR	Femme en Age de Reproduction
FNR	Fonds National de Retraite
GTS	Groupe Thématique santé
HOGGY	Hôpital Général de Grand Yoff
IEC	Information Education Communication
IPRES	Institution de Prévoyance et de Retraite du Sénégal
IRM	Image à Résonance Magnétique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDIS	Programme de Développement Intégré du secteur de la Santé
PMA	Pays Moins Avancés
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
RAES	Réseau Africain de l'Education pour la Santé
SFE	Sage femme d'Etat
SNIS	Service national pour l'Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SSP	Soins de Santé Primaire
UE	Union Européenne

Avertissement

La présente étude constitue pour le Groupe Thématique Santé, l'amorce d'une réflexion sur les questions de santé publique au Sénégal. L'étude porte de manière spécifique sur la problématique de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers. Il s'agit d'un domaine vaste et complexe que nous n'avons pas ici la prétention de couvrir de façon exhaustive.

Nous avons recueilli et analysé les avis et perceptions de professionnels du secteur de la santé, de membres d'ONG et d'associations, syndicats et usagers de structures hospitalières. Nous nous sommes également appuyés sur des études et divers documents relatifs à la question pour aboutir à des propositions d'amélioration de l'offre de soins. Le présent rapport constitue un document de travail pour le Groupe Thématique Santé



I. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE LA MISSION

1.1 Contexte général

Au Sénégal, malgré d'importants progrès réalisés au cours des dernières décennies, la santé des populations est encore précaire. Selon le rapport de l'OMS de 2000, l'espérance de vie à la naissance a connu une augmentation entre 1988 et 1998, passant de 47 ans à 51 ans pour les hommes et de 49 ans à 53 ans pour les femmes. La mortalité infantile a également baissé au cours de cette période de 86 pour mille à 64 pour mille. Toutefois, malgré les efforts déployés, les taux de morbidité et de mortalité sont restés élevés du fait des maladies infectieuses et parasitaires et surtout de l'état de pauvreté des populations.

Dans les années 1990, l'analyse de la situation sanitaire des populations a mis en lumière : i) une tendance à la hausse de la mortalité juvénile surtout en milieu rural du fait de la diarrhée, des maladies respiratoires, du paludisme et de la faible couverture vaccinale ; ii) une mortalité maternelle encore élevée surtout dans les régions périphériques (Kolda, Tamba) avec comme causes, entre autres, les hémorragies, les infections, la faiblesse du suivi pré et postnatal. Il ressort aussi de l'analyse que les problèmes de santé sont rendus encore plus complexes par la sexualité précoce des adolescents, les IST/SIDA et la progression de la pauvreté.

En réponse à ces préoccupations, l'Etat a conçu pour la période de 1998 à 2007 un Plan National de Développement Sanitaire avec comme objectifs prioritaires la réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle, la baisse de l'indice de fécondité et la réduction de l'invalidité et des problèmes sociaux. Pour garantir l'efficacité des activités du PNDS, des orientations stratégiques ont été définies.

Dans le prolongement de cette approche programme, le Ministère de la Santé a élaboré, selon un processus de planification remontante, un Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé et de l'Action Sociale d'Investissement Sectoriel (PDIS) pour la période 1998-2002. Il s'agissait en fait, d'une synthèse des plans de développement des régions et des districts.

Face aux difficultés rencontrées par les structures hospitalières de divers niveaux et dans le cadre de l'opérationnalisation des orientations stratégiques du PNDS, l'Etat entreprend en 1998 la réforme hospitalière. Afin de promouvoir l'accès aux soins de qualité pour tout citoyen et d'améliorer l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé, deux lois complémentaires sont votées en Février 1998, l'une est intitulée « loi portant réforme hospitalière » et l'autre « loi relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement ».

En dépit de tous les efforts déployés par l'Etat et ses partenaires au développement au cours de la dernière décennie, les populations rurales et urbaines au Sénégal ont encore des difficultés à accéder aux soins de qualité dans les hôpitaux. La quasi totalité des structures hospitalières est caractérisée par une insuffisance des équipements, des consommables, des médicaments, un déficit en personnel, des difficultés d'intégration réelle des bénéficiaires des prestations et de leurs comités dans l'organisation et la gestion des établissements, etc.



1.2 Contexte spécifique

La présente mission s'inscrit dans le cadre des efforts consentis par les pays ACP et l'UE pour la promotion d'un développement inclusif ; en d'autres termes la mise en œuvre de processus qui assure une participation pleine et entière des acteurs de la société civile. Cet engagement est matérialisé à travers l'Accord de Cotonou signé en 2000 pour une période de vingt ans. Il s'agit d'un traité qui « définit la manière dont la Communauté européenne (CE) et les pays ACP souhaitent coopérer en matière d'aide, de commerce et de coopération politique afin de lutter contre la pauvreté, de promouvoir la démocratie, de stimuler la croissance économique ou d'encourager le développement durable ».

S'inscrivant dans une tendance mondiale, l'Accord de Cotonou reconnaît l'importance qu'il convient d'accorder à la participation des acteurs de la société civile dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes de développement des Etats. Toutefois, il revient à chaque pays de définir le mode de participation des Acteurs Non Etatiques.

Au Sénégal, un dispositif a été mis en place au centre duquel on retrouve la plateforme des ANE pour le suivi de l'Accord de Cotonou. Ce dispositif comprend : i) les acteurs étatiques, y compris les acteurs au niveau local, national et régional ; ii) et les acteurs non étatiques, c'est-à-dire : le secteur privé, les partenaires économiques et sociaux, y compris les organisations syndicales, et la société civile sous toutes ses formes.

Pour organiser ses contributions, la plateforme a mis en place des groupes thématiques pour mieux aider à canaliser ses réflexions. C'est dans cette optique que le Groupe Thématique Santé s'engage dans la présente étude qui consiste à réfléchir et apporter une contribution à la question cruciale parce que récurrente de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers.

Il s'agit pour le GTS de conduire une étude de type qualitatif centrée sur une analyse succincte de la problématique de l'accessibilité, des points forts et des points faibles du dispositif institutionnel et organisationnel et d'aboutir à des propositions pertinentes visant à améliorer la qualité des soins et le fonctionnement des structures hospitalières.

1.3 Objectifs de l'étude

Objectifs généraux

De manière générale, l'étude vise à analyser l'accessibilité des populations aux formations hospitalières. En d'autres termes, il s'agira de se donner les moyens de documenter, comprendre et restituer à travers des études de cas la réalité actuelle de l'accessibilité des populations aux soins de qualité dans les hôpitaux.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'étude visent une démarche analytique articulée autour des aspects relatifs : à la problématique des ressources humaines matérielles et financières ; à l'organisation du dispositif institutionnel ; à l'accessibilité en termes géographique et de coût des prestations ; et enfin, à la prise en compte des aspects sociaux.

II. METHODOLOGIE

La méthodologie de l'étude est de type qualitatif. Elle concerne essentiellement la recherche documentaire et la collecte de données auprès des différents acteurs impliqués.

2.1 Revue documentaire

Divers documents ont été passés en revue dont ceux relatifs à l'Accord de Cotonou, à la PF ANE, à la politique de santé au Sénégal, aux projets d'établissements. Cette première phase a été renforcée par des entretiens des membres du GTS. La revue documentaire s'est ensuite prolongée tout au long de l'étude.

2.2 Elaboration des outils

Des guides d'entretiens ont été élaborés pour servir à la collecte d'informations auprès des acteurs tels que les responsables au niveau du Ministère de la Santé, les Directeurs d'hôpitaux, l'Agence Nationale des statistiques, les syndicats, les assistants sociaux, les associations et ONG.



2.3 Collecte des informations

L'étude s'est déroulée dans les régions de Dakar et Kaolack où nous avons rencontré des acteurs non étatiques et visité les quatre structures hospitalières que sont le CHU de Fann, l'Hôpital Général de Grand Yoff, l'Hôpital Ibrahima Niass de Kaolack et l'Hôpital Abass Ndaw.

2.4 Production du rapport provisoire

Le présent rapport provisoire comportant les résultats complets des travaux d'enquête et d'analyses est soumis à l'appréciation du GTS pour observations.



III. LE PROFIL SANITAIRE DU SENEGAL

3.1 La situation épidémiologique

Le profil du Sénégal est encore celui d'un pays où beaucoup reste à faire pour une prise en charge correcte de la santé des populations. Selon l'OMS, le pays est classé 151 mondial sur 191 pour ce qui concerne la santé de sa population.

Bien que l'on constate des améliorations en ce qui concerne l'espérance de vie, les taux de mortalité et de morbidité restent élevés avec comme causes privilégiées les maladies infectieuses et parasitaires endémiques ; les maladies non transmissibles deviennent également de plus en plus importantes.

On remarque une tendance à la hausse de la mortalité juvénile qui passe de 77 pour mille en 1997 à 84 pour mille en 1999. Cette hausse est encore plus sensible en milieu rural avec un taux de 171 pour mille avec comme principales causes les diarrhées, les maladies respiratoires, le paludisme ; il s'y ajoute la malnutrition et une faible couverture vaccinale. En effet, seuls 42 pour cent des enfants âgés de 12 à 23 mois ont reçu tous les vaccins en 2000 et 34 pour cent avant leur premier anniversaire.

La mortalité maternelle, elle aussi est très importante 510 pour 100 000 naissances vivantes au niveau national ; 450 en milieu urbain contre 950 en zone rurale pouvant aller jusqu'à 1000 dans des zones démunies comme Kolda. Comme causes directes on relève par ordre d'importance les hémorragies, les infections et l'hypertension. Les causes indirectes sont surtout le fait du contexte de pauvreté, la faiblesse du suivi pré et post natal et des conditions d'accouchement. 14 pour cent des femmes enceintes n'ont aucun recours au suivi médical et près de 51 pour cent accouchent à domicile. S'y ajoutent les violences domestiques et sexuelles, une procréation précoce, un faible recours à la planification médicale et la pratique de l'excision.

3.2 Les maladies transmissibles

Au Sénégal, les principales maladies relevées sont le VIH Sida, le Paludisme, la Tuberculose, la Schistosomiase et l'Onchocercose. La plupart de ces maladies font l'objet d'une attention particulière à travers des programmes nationaux.

Le VIH/SIDA

Le premier cas observé au Sénégal remonte à 1986 avec un mode de transmission principalement lié aux relations hétérosexuelles. On note la présence des virus VIH1 et VIH2. L'organisation et la mise en œuvre de la riposte a permis au Sénégal d'obtenir des résultats très encourageants (0,7% EDS IV 2005). Toutefois la migration et la prostitution demeurent des foyers à risque ; pour exemple 15 à 30 pour cent de taux de prévalence dans ces populations.

Le paludisme

Cette maladie sévit de manière assez sévère au Sénégal avec 600 000 cas relevés dans les structures sanitaires ou l'on dénote également 5000 décès. Autre signe de l'importance de ce phénomène, il représente 35 % des consultations (SNIS, 2003). Le paludisme constitue un poids socio-économique en ce qu'il limite la productivité et contribue à l'aggravation de la pauvreté du fait des absences qu'il entraîne.

La tuberculose

8934 cas ont été notifiés en 2000 dont 5823 nouveaux cas contagieux ; le taux de détection de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif s'élève à 60,6 pour 100 000. Les facteurs d'expansion de la maladie relèvent successivement de l'épidémie du VIH SIDA, de la pression démographique et de la paupérisation galopante des populations.



La revue du programme en 2001 a abouti à un faible taux de guérison qui se situe à 60,2 pour cent avec un taux d'abandon qui s'élève à 29 pour cent.

La schistosomiase

Les différentes études qui ont été menées sur cette maladie ont indiqué que la bilharziose urinaire existe partout au Sénégal avec de fortes prévalences à Dagana, 83 pour cent et à Goudiry 76 pour cent.

Quant à la bilharziose intestinale qui sévissait de manière isolée et disséminée, elle a connu une réelle explosion avec l'avènement des barrages en 1988. Elle évolue depuis sous forme endémique dans le delta du fleuve Sénégal avec une prévalence variant entre 44 et 81 pour cent, selon l'enquête du Projet Espoir en 1998.

L'onchocercose

Cette maladie est en net recul dans les districts où elle sévit. Des études réalisées ont montré que le risque de cécité relevant de cette maladie est désormais quasiment nul. Toutefois, l'onchocercose n'est pas encore éradiquée et une résurgence de la maladie est encore possible si les efforts actuels ne sont pas poursuivis.

3.3 Les maladies non transmissibles

Il est aujourd'hui reconnu, même si les informations demeurent encore parcellaires, que des maladies comme le diabète, le cancer et les maladies mentales touchent une frange de plus en plus importante de la population du Sénégal. Toutefois, leur ampleur reste encore mal connue et il n'y a encore pas d'études et de stratégies qui leur soient encore consacrées.



IV. LA STRATEGIE DES POUVOIRS PUBLICS EN MATIERE HOSPITALIERE

4.1 Arrière-plan

La prise en charge de la santé des populations est un devoir d'Etat. Au Sénégal, le droit à la santé est reconnu à travers l'article 8 de la Constitution. L'article 17 du texte fondamental précise également que « l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille et en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et en particulier à celles vivant en milieu rural, notamment aux femmes le droit à l'allègement de leurs conditions de vie et l'accès à la santé et au bien-être ». Par ailleurs, l'Etat a adhéré à des instruments juridiques à caractère universel dont la déclaration Universelle des droits de l'Homme, la Convention des Nations Unies relative aux Droits de l'Enfant, la charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant.

La volonté de l'Etat s'est affirmée dès les premières années de l'indépendance du pays à travers la formation de médecins de haut niveau et l'établissement de liens entre l'université et certaines structures hospitalières. C'est le cas, par exemple, du CHU de Fann en juin 1965.

Dans les années 1970, l'Etat du Sénégal affirme son option pour un renforcement du système de santé à travers la loi N° 72-02 relative à la décentralisation et l'adhésion en 1978 à la déclaration d'Alma Ata pour l'accès de tous les peuples du monde à un niveau de santé acceptable. A cette occasion la santé a été définie comme suit : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ; ce n'est pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.* ».

1989 marque un tournant avec la Déclaration de Politique de Santé et d'Action Sociale du Gouvernement qui vise à :

- Améliorer la couverture sanitaire particulièrement en zone rurale et sub-urbaine ;
- Améliorer la santé de la mère et de l'enfant ;
- Développer des actions préventives et éducatives ;
- Rationaliser les activités curatives ;
- Rationaliser et développer les ressources humaines, matérielles et financières ;
- Maîtriser les variables démographiques

La Déclaration de 1989 s'inscrit dans le prolongement d'un certain nombre de dispositions d'ordre organisationnel telles que :

- la création depuis 1983 du Conseil National de Santé présidé par le Chef de l'Etat ;
- l'existence d'un conseil interministériel pour les prises de décisions ;
- la création d'une commission intersectorielle sur les SSP.

Il s'agissait en fait d'opérationnaliser les engagements pris par les Etats à travers la déclaration d'Alma Ata et de jeter les bases d'un processus de réflexions et d'actions dont le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007 sera l'un des aboutissements majeurs. Plusieurs réformes tirent leur origine du PNDS dont celles qui réorganisent les hôpitaux, les médicaments et les pharmacies. Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) constitue, également, un instrument de mise en œuvre des priorités du P.N.D.S dans la période 1998-2002.

4.2 La politique de santé

La politique de l'Etat est encore basée sur les soins de santé primaire. Elle s'appuie, entre autres, sur la volonté déclarée des Etats à Alma Ata de corriger les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire



des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays. Elle prend également en compte les engagements pris à travers les OMD et s'articule autour des axes 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.

4.3 Le système de santé

Le système de santé sénégalais est bâti selon une structure pyramidale avec trois niveaux pour répondre à la demande en soins des populations de manière générale :

- La base de la structure est constituée par le district sanitaire dans lequel se retrouvent les postes de santé et les centres de santé. A ce niveau sont pris en charge les soins de santé primaires les SSP.
- Au milieu de la pyramide, il y a la région médicale et les centres hospitaliers régionaux, ce sont les hôpitaux de niveau 2.
- Au sommet de la pyramide se trouvent les services Ministériels du niveau central et les centres hospitaliers universitaires qui sont des établissements de niveau 3.

Une bonne fonctionnalité et une efficacité dans l'articulation de ces trois niveaux doit, en principe, assurer la fourniture des soins de qualité.

4.4 Les programmes nationaux

Il existe au Sénégal une douzaine de programmes dédiés au renforcement des actions de santé publique. Parmi eux, il y a :

Le Programme National de Lutte contre le SIDA qui vise à : i) maintenir la prévalence du VIH en dessous de 1% ; ii) Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le virus du SIDA ; iii) Réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA. Le programme articule son intervention autour des axes suivants :

- Prévention de la Transmission Sexuelle
- Prévention de la Transmission Sanguine
- Prévention de la Transmission Mère Enfant
- Conseils et Dépistage volontaire
- Prise en charge médicale et psychosociale
- Surveillance épidémiologique
- Recherche - Ethique
- Coordination-Plaidoyer-Gestion

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme qui intervient en synergie avec les acteurs public et privé du système sanitaire, les partenaires au développement et les acteurs communautaires autour des objectifs suivants :

- Renforcer la capacité pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de lutte antipaludique à tous les niveaux ;



- Améliorer la qualité de la prise en charge du paludisme comprenant la prise en charge communautaire utilisant le médicament disponible le plus efficace ;
- Renforcer les mesures de prévention du paludisme
- la promotion de l'utilisation de mesures de protection personnelle parmi la population à risque (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes ;
- l'utilisation des mesures de lutte antivectorielle accessibles et viables plus particulièrement l'aspersion intra domiciliaire d'insecticides (CAID) ;
- Renforcer la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte par la prise en charge effective des cas, la prévention par le traitement préventif intermittent
- Renforcer la lutte contre les épidémies de paludisme par la détection précoce et la réponse à temps aux épidémies ;
- Promouvoir et mettre en œuvre des stratégies d'Information - Education -Communication - IEC ;
- Renforcer le système de monitoring et d'évaluation en incluant la recherche opérationnelle ;
- Développer et renforcer la coordination nationale et le partenariat.

Le Programme de Lutte contre la Tuberculose dont l'objectif principal est d'améliorer le taux de guérison des cas de tuberculose à travers le renforcement des capacités opérationnelles de l'unité centrale, la redynamisation de l'ASLAT par un renouvellement de son bureau et une redéfinition de ses missions, le renforcement de la supervision et le contrôle de qualité des laboratoires de microscopie et la formation du personnel de santé.

Le Programme National Qualité dont le rôle est de faciliter une mise en synergie des compétences et l'existence d'une volonté des divers acteurs à travailler à l'amélioration continue de la qualité des soins à tous les niveaux du système de santé.

Les autres programmes sont :

- Le Programme National d'Eradication du Ver de Guinée ;
- Le Programme National de Lutte contre la Drépanocytose ;
- Le Programme Santé Mentale ;
- Le Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales ;
- Le Programme Elargi de Vaccination ;
- Le Programme National de Lutte contre la Bilharziose,
- Le Programme National de Lutte contre la Cécité ;
- Le Programme National de Lutte contre la Lèpre ;
- Le Programme de lutte contre l'Onchocercose.

4.5 La politique nationale hospitalière

La Réforme hospitalière adoptée en février 1998 repose sur deux textes de lois. L'un est la loi portant réforme hospitalière et l'autre est celle relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.

L'objet de la Réforme est de favoriser l'amélioration des performances dans les hôpitaux à la fois au plan de la gestion et en ce qui concerne la qualité des soins. Pour ce faire, elle attribue aux hôpitaux une autonomie de gestion sous l'autorité d'un Conseil d'Administration avec des mécanismes de contrôle similaires à ceux des établissements publics. Avec le transfert des compétences en matière de santé aux collectivités locales à travers la loi sur la décentralisation, le Président du Conseil Régional est de droit président du Conseil d'Administration de l'établissement situé dans sa Région.

La politique hospitalière comporte trois axes majeurs d'intervention :

- La planification de l'offre à partir d'une appréciation correcte des besoins sanitaires de la population et l'efficacité dans la gestion des dépenses de santé.
- La mise à disposition d'équipements et des moyens techniques en fonction de l'enveloppe globale et de la tarification à l'activité.
- Le développement d'un système d'information



Il s'agit fondamentalement à partir des valeurs de performance, d'équité et de justice sociale de réaliser les objectifs suivants :

- adapter l'offre de soins hospitaliers aux besoins des populations ;
- réduire les inégalités en matière d'accès aux services hospitaliers ;
- offrir en permanence des soins de qualité ;
- contribuer à la santé des populations et au développement national.

Il apparaît cependant qu'à l'épreuve des faits, le discours officiel est confronté à des difficultés quant à la disponibilisation de personnel, d'équipements et de finances d'une part et l'organisation d'un dispositif institutionnel à même de garantir un accès des populations à des soins hospitaliers de qualité.

Pour ces raisons, le PNDS II s'oriente vers une rupture sur la façon d'aborder le développement sanitaire. Il s'appuie sur le DSRP 2 dans lequel, du reste, le secteur de la santé est bien pris en compte, compte tenu de la place qu'il occupe dans les OMD. Désormais la vision du PNDS est celle «d'un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, sans aucune forme d'exclusion ».

Dans la perspective de la réalisation des OMD relatifs à la santé, une attention particulière sera accordée à l'approche multisectorielle dans la gestion du secteur, dans la prise en charge des déterminants de la santé et dans la réduction des inégalités. Pour ce faire le plan vise les objectifs suivants :

- Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ;
- Accroître les performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie ;
- Renforcer durablement le système de santé ;
- Améliorer la gouvernance du secteur de la santé.



V. LA PROBLEMATIQUE DES RESSOURCES HUMAINES

5.1 Constats d'ordre général

La question des ressources humaines compétentes et en nombre suffisant selon les spécialités s'est toujours posée dans le secteur de la santé. A tous les niveaux de la pyramide sanitaire, le constat est le même. Le problème se pose d'ailleurs avec plus d'acuité en milieu rural et dans les structures hospitalières régionales en dépit des efforts consentis par l'Etat à travers : i) le plan national de formation du personnel de santé élaboré en 1996 ; ii) l'ouverture des Centres Régionaux de Formation en 2002 ; iii) la création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines ; iv) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation.

Il ressort des entretiens avec divers acteurs que la problématique des ressources humaines se pose principalement à deux niveaux. D'abord dans la formation, on note un faible nombre d'admis dans les diverses structures et surtout au niveau universitaire. Ensuite, il ya l'absence d'une politique de recrutement axée sur les besoins réels en personnel et la nécessité d'une répartition géographique. Les zones enclavées souffrent d'un déficit chronique malgré quelques initiatives prises pour motiver le personnel dans les zones difficiles.

Tableau N° 1: Couverture en personnel sanitaire (médecin, SFE, Infirmier) en 2007

Catégories socio Professionnelles	Secteur Public		Secteur Privé					
	Effectif 1994	Ratio 1994	Effectif 2008	Ratio 2008	Effectif 1994	Effectif 2008	Effectif total 2008	Ratio public&privé 2008
Médecin	292	27833	624	18615	348	436	1060	10958
SFE	516	3623	677	3946	44	ND	ND	ND
Infirmiers	1734	4687	2777	4183	245	ND	ND	ND

Population 1994 = 8 127 374 – Population 2008 = 11 615 586

Sources : Ratios calculés à partir des données de la Carte Sanitaire 2008

A la lecture du tableau, on note d'abord une tendance à la baisse du ratio des sages femmes ; de 1 sage femme pour 3623 FAR en 1994, il passe à 1 sage femme pour 3946 FAR en 2008. Cette situation s'explique par une insuffisance du nombre de femmes formées dans le système formel et de la tendance à l'intégration du personnel paramédical dans le secteur. Il s'agit de personnes souvent placées dans les hôpitaux avec le soutien de politiciens.

Par contre le ratio des infirmiers et celui des médecins se sont améliorés ; passant de 1 infirmier pour 4687 habitants à 1 infirmier pour 4183 habitants et de 1 médecin pour 27833 habitants à 1 médecin pour 18615 habitants dans le secteur public. Ce fait pourrait s'expliquer par la décentralisation de la formation des infirmiers et la multiplication des Instituts de formation du privé. Il s'y ajoute l'importance de la part des médecins provenant du secteur privé (41%).

L'analyse du document du PNDS II met, entre autres, en lumière l'existence d'un déficit en personnel et d'un déséquilibre généralistes/spécialistes. Selon les professionnels du secteur de la santé, l'une des solutions réside dans une collaboration accrue entre le ministère de la santé, l'université et les écoles de formation professionnelle en santé pour faire en sorte que les formations soient mieux adaptées aux besoins des populations. Il ressort des interviews réalisées dans les hôpitaux que les déficits concernent principalement les infirmiers d'Etat, les techniciens supérieurs d'anesthésie, les médecins anesthésistes, réanimateurs.

5.2 Systèmes et procédures

Dans les hôpitaux de niveau 3, il y a trois catégories de personnel : le personnel étatique provenant directement de la fonction publique, le personnel universitaire et le personnel contractuel. Avec la



réforme, les hôpitaux ont la possibilité de recruter du personnel. Il ressort de nos entretiens des faiblesses à plusieurs niveaux.

D'abord, l'on constate dans les structures hospitalières visitées, l'absence d'un système et des procédures de recrutement harmonisés et qui obéissent aux principes et standards de bonne gouvernance. Dans les faits, nous avons relevé trois approches distinctes. L'une consiste en un système de recrutement géré par le DRH à partir des besoins exprimés par les Chefs de service. Les décisions du DRH sont soumises au Directeur de l'hôpital pour validation. Dans ce cas de figure, les recrutements sont faits à l'interne car il y a « un vivier » constitué par d'anciens stagiaires devenus contractuels avec l'absence d'un système de contrôle des fins de stages. C'est le cas du CHU de Fann.

La seconde approche est un système à travers une Commission de recrutement composé du DRH, de l'auditeur interne, du contrôleur de gestion, de l'Agent Comptable Particulier (ACP), du Chef de Service des Soins Infirmiers, du médecin du personnel, du Président de la CME, du Représentant du Comité Technique d'Établissement et du représentant des syndicats. Les demandes sont exprimées au DRH par les chefs de services qui les transmettent à la Commission qui vérifie la pertinence, l'existence d'un poste budgétaire et l'existence au niveau interne de la compétence recherchée. Cette procédure, si elle est réellement mise en œuvre, présente l'avantage de la transparence. La troisième démarche observée est celle d'un processus qui, comme les autres, est déclenché par le chef de service. Seulement dans ce cas de figure les demandes sont adressées au CME qui sélectionne et soumet au Directeur de l'Établissement pour validation. Les choix sont faits en général parmi les stagiaires. Une fois la décision prise, le dossier est transmis au DRH pour gestion.

Ensuite, dans aucun des hôpitaux visités, nous n'avons trouvé au niveau des Directions de Ressources Humaines ni cahiers de charges ou description des tâches pour chaque catégorie de personnel, ni outil d'évaluation des performances correspondant. D'après les DRH, il existe des fiches de notation mais celles-ci sont gérées par les chefs de service. Hormis, l'hôpital d'Abass Ndao où la DRH a développé une base de données sur le personnel, l'absence d'une gestion informatisée du personnel est notoire. Il n'existe donc pas, pour l'heure, dans les hôpitaux du Sénégal, de plans de développement des compétences articulés autour d'objectifs d'amélioration de la qualité des prestations, ni de mécanismes de contrôle et de procédures d'évaluation des performances à tous les niveaux.



Le PNDS II met en exergue la volonté de l'État de s'attaquer à la problématique des ressources humaines à travers l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de la performance. Des dispositions seront prises pour améliorer les curricula de formation de la Faculté de Médecine, Pharmacie et Odontologie et des écoles paramédicales. Le programme de bourse sera élargi aux spécialités telles que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) les nouvelles filières de formation des paramédicaux.

Une étude a été réalisée sur la motivation du personnel. Celle-ci a proposé des indemnités pour les agents qui acceptent de servir dans les zones difficiles d'accès, les zones éloignées, enclavées ou d'insécurité. L'étude a également proposé une indemnité d'incitation à la qualité et une indemnité de



logement. Elle suggère aussi d'instaurer l'équité dans la motivation et la mise en compétition des postes à pourvoir pour favoriser le mérite.

Il reste que pour aller dans le sens d'une amélioration continue de la qualité des prestations et permettre aux sénégalais d'accéder régulièrement à des soins hospitaliers de qualité, il est urgent de définir des critères de performance pour les directeurs nationaux et chefs de services centraux, les médecins de région ainsi que les infirmiers. Un mécanisme d'évaluation des performances ainsi que les instruments de mesure devront être élaborés et mis en œuvre de manière régulière.



VI. LES RESSOURCES FINANCIERES ET MATERIELLES

6.1 Les ressources financières

Tableau N° 2: Les ressources financières

Rubriques	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total	Part
Collectivités locales	1,77	1,58	1,60	1,32	4,32	2,23	3,10	2,64	4,53	4,53	27,6	2,96
Etat	20,56	26,75	29,35	36,42	42,18	51,87	50,77	64,31	65,09	90,67	475,96	51
Partenaires Extérieurs	9,02	17,44	23,23	26,32	27,83	19,24	30,30	36,41	40,70	19,04	249,52	26,74
Populations	5,81	6,19	7,82	11,42	17,87	22,31	28,05	25,66	28,77	26,19	180,08	19,30
Total	37,16	51,95	62,00	75,47	92,19	95,66	112,22	127,02	139,08	140,43	933,17	

Comme l'indique ce tableau, la progression des financements du secteur de la santé a été somme toute régulière, toutes sources confondues, avec pour l'Etat des pics de 65 milliards en 2006 et 90,67 milliards en 2007. L'Etat demeure le principal pourvoyeur, avec 51/100 suivi des Partenaires Extérieurs 26,74 ; les populations participent pour 19,30 et les Collectivités locales avec une contribution encore très faible de 2,96/100 du financement global.

Toutefois, cette manne financière apparemment importante ne semble pas améliorer de façon conséquente le sort des structures hospitalières, car ces dernières ne cessent de se plaindre de la faiblesse de leurs financements encore nettement en deca de leurs engagements. En effet, tous les problèmes des hôpitaux trouvent leurs fondements dans des questions de financement. Ces mêmes problèmes se traduisent par des mouvements d'humeur qui bloquent assez souvent le fonctionnement des structures hospitalières, laissant ainsi en rade les patients. La faiblesse des 25/100 prélevés des recettes et réservés au paiement des salaires des contractuels et autres motivations du personnel est souvent à l'origine des grèves dans le secteur. Il s'y ajoute que le remboursement des facturations liées au plan sésame se fait de manière extrêmement lente ; il est à noter également le nombre de plus en plus important de cas d'indigence observés dans les hôpitaux.

Tous ces phénomènes ainsi soulevés limitent l'accessibilité aux soins hospitaliers des populations.

L'hôpital Ibrahima Niassy constitue un exemple patent pour symboliser cette situation ; les mouvements d'humeur y sont récurrents qui sapent considérablement la réponse à la demande de santé des populations, et cela est d'autant plus préoccupant que cette structure polarise plusieurs régions.

6.2 Les ressources matérielles

Tableau N° 3: Réalisations du PNDS 1998-2007 en matière de construction d'hôpitaux, de centres et de postes de santé.

Types d'infrastructures	Situation en 1998	Prévisions de réalisation du PNDS 1998-2007	Réalisations du PNDS 1998-2007	Observations
Hôpitaux	17	2	3	2 en construction
Centres de santé	52	4	24	La plupart concerne des reconstructions
Postes de santé	733	245	238	Néant

Pour ce qui concerne globalement les infrastructures, des efforts notoires ont été consentis en termes de réalisations, particulièrement pour ce qui est des centres de santé ; les hôpitaux se retrouvant seulement au nombre de 20 dont 2 en construction. Il n'est pas superflu de rappeler qu'un peu plus du tiers des hôpitaux se trouve concentré à Dakar parmi lesquels ceux de niveau 3 qui sont les plus aptes à prendre en charge certaines pathologies. Cette distribution entraîne un accès inégal aux soins selon la zone de résidence. Autre constat, la construction de l'hôpital de Fatick est bloquée depuis 2005 et l'hôpital de Dalal Diam dans la région de Dakar est en construction.

Par rapport aux équipements, il a été noté une amélioration du plateau technique et des conditions d'évacuation des malades ; de gros efforts ont également été faits en direction des hôpitaux avec l'installation de scanners. Toutefois, ces avantages ne semblent pas cibler les structures hospitalières de l'intérieur car Dakar et Thies sont les seules régions à disposer de scanner. Par ailleurs, il semble que les matériels sont souvent insuffisants et qu'il n'y a pas une planification dans le renouvellement des équipements, qui de ce fait deviennent obsolètes.



Ces déficits se retrouvent assez régulièrement dans la plainte des personnels de santé que nous avons rencontrés. C'est ainsi qu'à Kaolack ; il nous a été signalé l'insuffisance de matériel de diagnostic et de traitement qui gêne considérablement l'activité, notamment dans le service de Cardiologie. Nos entretiens ont également révélé que le service d'urologie fonctionne assez souvent



avec des instruments obsolètes parce que non renouvelés depuis longtemps. ; il est aussi des équipements inadaptés aux soins du service. Le même cas de figure a été retrouvé à l'hôpital Abasse N'Dao avec une insuffisance en matériel ;pour exemple , on y rencontre souvent des problèmes avec les bistouris électriques et les tensiomètres.

L'Hôpital Général de Grand Yoff n'est pas en reste car il se heurte lui aussi à des problèmes liés à l'insuffisance du matériel de diagnostic, avec un scanner régulièrement en panne et un appareil de mammographie peu fiable ; cette structure, pourtant de niveau 3 en est arrivée pour certaines analyses à s'approcher de structures périphériques comme l'ASBEF ou le centre de santé Nabil Choucair.

S'y ajoutent maintenant les ruptures de médicaments, de produits et de consommables, en général consécutives au non règlement des dettes contractées auprès des fournisseurs ;qui dès lors bloquent les livraisons.

Un autre phénomène en rapport avec le problème du matériel réside dans la non qualification du personnel de maintenance pour la réparation des pannes survenues avec le matériel. Ces différents facteurs ainsi soulevés sont autant d'éléments qui entament l'accès des populations à des soins hospitaliers de qualité.





VII. DISPOSITIF INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL

7.1 Dispositions légales

Comme il a été noté plus haut, la prise en charge de la santé des populations est reconnue comme étant un devoir d'Etat et des Collectivités dans la Constitution du Sénégal de janvier 2001. La loi 96-07 du 22 mars 1996 sur la décentralisation transfère neuf domaines de compétences aux collectivités locales parmi lesquelles celui de la santé.

En 1998, dans le cadre de la réforme hospitalière, la loi 98-12 consacre la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé. En son article premier, la loi précise que « Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public spécialisées, dotées d'un patrimoine propre dont l'objet consiste, dans le secteur sanitaire et social, à prendre en charge des patients, à produire des biens et des services, à former des personnels et à effectuer de la recherche. A ce titre, les établissements publics de santé ont pour mission :

L'amélioration de la santé des populations par des prestations de qualité et des actions d'Information, d'Education et de Communication ... »

L'article premier précise également que « les établissements publics de santé hospitaliers sont classés en établissements de premier, second et troisième niveau selon des critères techniques définis par voie réglementaire ». En son article 2, la loi stipule que les EPS¹ « disposent de l'autonomie administrative et financière et sont soumis aux contrôles prévus par la présente loi. Sous réserve des dispositions de la présente loi, les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé sont fixées par décrets.

7.2 Organisation des EPS

L'organisation des établissements Publics de Santé est fixée par le décret N°98-701. Les EPS disposent chacun d'un Conseil d'Administration, d'un Directeur et de deux organes consultatifs que sont la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

Les conseils d'administration des EPS sont composés de diverses catégories de personnes dont des élus des collectivités locales, des personnalités qualifiées habitants le plus souvent dans l'environnement immédiat de l'EPS, des représentants du personnel, des représentants des commissions consultatives et des représentants des usagers. Pour les EPS de niveau 3, il y a en plus de ces catégories, des représentants du Ministère de la Santé et ceux du Ministère de l'Economie et des Finances. Le fonctionnement des CA est décrit à travers les articles 5 à 13 du décret 098-702.

Le Directeur est responsable de gestion de l'EPS de manière générale. Il prépare les réunions et exécute les délibérations du CA ainsi que les décisions prises par les autorités de tutelle. Il est chargé du recrutement du personnel régi par le code du travail et il est responsable du fonctionnement des services. Le Directeur présente tous les ans un rapport au CA sur sa gestion.

Le rôle de la CME et du CTE est d'aider le Directeur de l'EPS à préparer le projet d'établissement, d'organiser les activités médicales et médico-techniques, de promouvoir la politique d'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité, d'élaborer et de mettre en œuvre les plans de formation continue des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. La CME et le CTE émettent des avis sur tous les aspects techniques et financiers, le règlement intérieur, la nomination des chefs de services et le personnel de l'EPS en général.

¹ Les établissements publics de santé comportent les établissements publics de santé hospitaliers et les établissements publics de santé non hospitaliers.



La CME regroupe l'ensemble des chefs de services et trois représentants des corps des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes. Le président de la CME est élu parmi les chefs de service de l'EPS.

Le CTE est composé par un représentant de chaque catégorie du personnel. Le directeur de l'hôpital est président du CTE. Le rôle du CTE consiste à faire participer le personnel technique à l'amélioration de la qualité de l'hygiène, à la sécurité, à l'élaboration des plans de formations, etc.

Avec la réforme sont apparu de nouveaux services comme celui des Soins Infirmiers et de la Division des ressources humaines. On note aussi l'apparition de l'Agent comptable particulier qui dépend directement du Ministère des finances.

Dans les faits, il apparait plusieurs constats sur la non effectivité de plusieurs aspects annoncés dans les textes de la réforme avec les conséquences que cela entraîne. En premier lieu, l'on constate qu'il n'existe toujours pas structures hospitalières de niveau 1. Dans les faits, on passe du centre de santé à l'EPS de niveau II, ce qui explique en partie l'engorgement des structures hospitalières. Pour combler ce vide, la Direction des Etablissements de santé a élaboré un document intitulé «Protocole de mise en place du projet des hôpitaux de Département et de Région» qui prend en compte cette préoccupation en l'élargissant à tous les départements du pays.

Un autre constat est celui de la réalité non perceptible de la représentation dans usagers dans le dispositif organisationnel.

Il ressort des interviews réalisées au cours de la mission que l'autonomie des ACP par rapport à la structure hospitalière du fait de son rattachement direct au Ministère des Finances qui est sa tutelle permet une meilleure transparence et une utilisation rationnelle des fonds de l'hôpital.



VIII. ANALYSE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS

Généralement l'accessibilité aux soins hospitaliers est appréciée sous les angles financier et géographique. De notre point de vue, cette démarche paraît réductrice en ce qu'elle occulte d'autres éléments tels que la disponibilité de ressources humaines de qualité, des infrastructures et équipements adéquats. Il s'y ajoute les aspects socioculturels tels que l'accueil, l'accompagnement, l'alimentation et autres facteurs susceptibles de mettre en confiance les malades.

8.1 Définition des concepts

L'hôpital :

Un hôpital est un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologies et de traumatismes trop complexes pour pouvoir être traitées à domicile ou dans le cabinet d'un médecin. Au Sénégal, il existe deux catégories d'hôpitaux : ceux du niveau 2 et ceux du niveau 3. Les hôpitaux du niveau 2 sont ceux localisés dans les chefs lieux de région tandis que ceux du niveau 3 sont constitués par les CHU tous concentrés à Dakar.

En principe un hôpital présente l'avantage d'avoir :

- une hygiène assurée par un personnel de nettoyage formé ;
- une surveillance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par du personnel médical et paramédical (infirmier ou infirmières, aides-soignant(e)s, etc.
- des compétences (médecins spécialistes) et du matériel (plateau technique) pour effectuer les examens et les soins, dont en général des blocs opératoires.

En revanche, la présence à proximité de nombreuses pathologies expose à un risque d'infection nosocomiale.

Les soins hospitaliers

Les soins hospitaliers sont constitués par toutes les prestations (soins et hébergement) offertes sur une courte, moyenne ou longue durée par les hôpitaux du secteur public et par les hôpitaux du secteur privé.

L'accessibilité

L'accessibilité hospitalière peut être définie comme la possibilité offerte aux populations de bénéficier des soins de qualité à chaque fois que de besoin du fait de la proximité des structures, des coûts abordables des prestations, des facilités de communications et de l'existence de manière globale de repères socioculturelles pour les patients dans l'espace hospitalier.

8.2 L'accessibilité géographique

En analysant au premier degré, on pourrait avoir tendance à déduire que les structures hospitalières que nous avons visitées ne présentent pas de problèmes d'accessibilité physique ; en effet, aussi bien Fann, Abasse N'Dao, HOGGY que Ibrahima Niassé de Kaolack, sont des hôpitaux se situant en bordure de route et sont aisément accessibles par le malade quelque soit le mode de locomotion.



Tableau N° 4: Répartition des hôpitaux

PNDS II, 2009

REGIONS	POPULATION	HOPITAUX
Dakar	2 .632.408	8
Diourbel	1 .329.301	2
Fatick	627 804	0
Kafrine	492 685	0
Kaolack	757 743	1
Kedougou	118 921	0
Kolda	553 708	1
Louga	777 085	1
Matam	533 385	1
Saint-Louis	837 583	2
Sedhiou	418 278	0
Tamba	620 550	1
Thies	471.784	2
Ziguinchor	474 370	1
Total	11 615 386	20

Toutefois, l'analyse des fréquentations de ces structures a montré que la plupart des patients provenaient d'endroits fort éloignés ; pour exemple l'hôpital Ibrahima Niassé polarise Diourbel, Fatick ; Touba, Tamba ; Kolda et même la Gambie et la Guinée Bissau. Une telle situation entraîne une demande que l'offre hospitalière ne saurait satisfaire créant ainsi un réel engorgement de l'hôpital. Pour toutes ces zones précitées, il n'existe de spécialité comme la cardiologie ou l'urologie et leur seul recours est Kaolack. Pareil phénomène entame à n'en point douter la qualité de l'offre sanitaire et les patients en pâtissent sévèrement. Un cas intéressant nous a édifiés à l'hôpital Ibrahima Niassé de Kaolack ou au mois de Septembre 2009, le médecin Cardiologue proposait des rendez-vous pour Janvier et Février 2010.

Cette situation n'est pas du reste exclusive à cette structure ; presque tous les hôpitaux de la capitale en souffrent , si l'on considère que les hôpitaux de niveau 3 sont tous à Dakar et vers lesquels les malades des différentes régions sont obligés objectivement de se ruer, faute d'autre alternative. La concentration de ces hôpitaux à Dakar couplée avec celle des Professeurs de médecine est de

notre point de vue l'axe autour duquel la réflexion doit être menée car il demeure un problème sans la résolution duquel on ne saurait jamais aspirer à une offre de qualité et incidemment à une accessibilité des populations aux soins hospitaliers.

Cette situation est la résultante d'une mauvaise répartition des structures hospitalières et des personnels de santé ainsi que des équipements de haute technologie, ce qui dès lors crée un déséquilibre de la carte sanitaire avec une trop forte concentration à Dakar.

Il ressort de la seconde Enquête Sénégalaise Auprès des ménages (DSP 2004) que l'accès aux services de santé est encore difficile au Sénégal, surtout pour les soins d'urgence. Selon les résultats de l'enquête, seuls 57% des populations sont à moins de 30 mn d'un service de santé. Le taux est à 86,5% à Dakar mais tombe à 41,2% en milieu rural du fait des difficultés de transport.

8.3 L'accessibilité financière

On ne saurait apprécier cette notion sans l'approcher au contexte socio-économique actuel. Tous les observateurs s'accordent pour dire que le Sénégalais vit aujourd'hui dans un contexte de pauvreté chronique. Le Sénégal a rejoint depuis l'année 2005 le groupe des Pays les Moins Avancés (PMA). La tendance à la progression de la pauvreté a été remarquée dans les années 90. Ensuite l'on a constaté une amélioration au début des années 2000 avec un taux de croissance économique de l'ordre de 4,3 (EDS IV). Toutefois, l'Enquête de Suivi de la Pauvreté au Sénégal (ESPS) réalisée en 2005 révèle que 50,8 % des Sénégalais vivent encore au dessous du seuil de la pauvreté avec des disparités géographiques et spatiales mais également sexospécifiques importantes.



Dès lors, l'accessibilité financière pose problème, car les individus et les ménages se retrouvent dans un cercle infernal de pauvreté chronique. De toutes les personnes interviewées, aussi bien le personnel médical, les acteurs non étatiques que les malades et accompagnants, il ressort d'énormes difficultés pour régler la question financière. Il faut reconnaître que même si les tarifs des consultations ne sont pas très élevés-cas de Fann, Abasse N'Dao ou Ibrahima Niasse, l'enveloppe ne se limite pas exclusivement à la consultation ; viennent s'y greffer les analyses, les médicaments, le transport du malade et de l'accompagnant, rendant ainsi les

soins hors de portée des patients.

Il s'y ajoute que certaines pathologies exigent pour les diagnostics un scanner et des IRM, dont la facturation, élevée, est souvent inaccessible aux malades. Ces difficultés expliquent très souvent le retard mis par les sénégalais à consulter, à ne pas consulter ou à se satisfaire malgré eux de la médecine traditionnelle.

8.4 L'accessibilité socioculturelle

Pour une analyse plus complète de l'accessibilité aux soins hospitaliers, la prise en compte des déterminants socioculturels est une nécessité. La demande médicale est un espace large et complexe qui nécessite pour le comprendre, dans son fonctionnement, une production de connaissances croisées (A Ndao 1999). Il n'est bien évidemment pas ici le lieu de procéder à une analyse socio-anthropologique de l'espace hospitalier mais de simplement relever quelques notions qui ont émergé à travers nos divers entretiens. Toutefois nous retenons comme le définit Fassin (1988) que la médecine est un ensemble de pratiques sociales.



L'interaction entre les demandeurs de soins et l'espace hospitalier constitue en général une trajectoire complexe et éprouvante que les populations hésitent à entreprendre. L'accueil en urgence ou non représente pour de nombreux patients le premier obstacle à franchir du fait de l'inexistence d'un cadre qui lui est dédié, de la quasi-absence de personnel à certaines heures et des difficultés de communication pour une bonne compréhension des besoins et une orientation correcte des malades.



Une autre question soulevée est celle de l'intégration des accompagnants dans l'espace hospitalier. L'accompagnement des malades apparaît à la fois comme une pratique culturelle qui permet de ne pas isoler le malade mais également comme un moyen de palier à l'insuffisance de personnel de salle surtout pendant la nuit. Les accompagnants séjournent souvent à l'hôpital dans des conditions déplorables passant la nuit dans les couloirs ou dehors exposés ainsi à divers vecteurs de maladies. Il arrive souvent que des accompagnants tombent malades à leur tour en cas de séjours prolongés.

L'alimentation constitue également un problème car dans certains cas on assiste à une rupture brutale des habitudes et un refus des malades à consommer une nourriture qu'ils ne connaissent pas. L'intendance des hôpitaux a été souvent qualifiée d'inorganisée, lors des interviews et ne prenant pas en compte la qualité des produits locaux. Or selon certaines personnes rencontrées, parmi les aliments locaux, on peut trouver des catégories susceptibles de répondre de manière parfaite au besoin alimentaire des malades.

8.5 La prise en compte des cas sociaux

8.5.1 Les indigents

La notion d'indigence recouvre plusieurs dimensions dont celles économiques et sociales. Si en termes économiques, l'indigence peut se manifester dans le secteur de la santé comme l'impossibilité de payer le minimum de frais, au plan social elle s'apparente à l'exclusion.

Au Sénégal, aux termes de la Loi n° 62-29 du 16 mars 1962 la prise charge de l'hospitalisation des malades indigents incombe à l'État. Toutefois, les personnes démunies se retrouvent le plus souvent devant « un mur d'exclusion » qu'elles ne peuvent franchir. De l'avis de certaines personnes rencontrées, l'inaccessibilité d'une frange importante de la population aux soins hospitaliers relève d'un manque de volonté politique de l'Etat. Au CHU de Fann par exemple, considéré comme l'Hôpital social par ses prix réduits pratiqués par rapport aux autres, l'opération d'une tumeur (acte chirurgicale) coûte 120 000 CFA pour un indigent et 350.000 CFA pour les autres catégories sociales.

Il ressort de nos entretiens dans les hôpitaux que la prise en charge des indigents occasionne des dettes que l'Etat met du temps à rembourser ; c'est le cas du CHU de Fann où l'Etat doit plus de 400 millions. Dans des hôpitaux comme HOGGY, on n'admet plus les certificats d'indigence. L'on peut dès lors imaginer la situation des malades indigents en situation d'urgence.

Avec les difficultés économiques que rencontrent la plupart des ménages, les services sociaux des hôpitaux font l'objet de sollicitation, des structures comme l'Hôpital Ibrahima Niassé reçoivent en moyenne 30 demandes de personnes indigentes par jour en plus des bénéficiaires du plan sésame. Il apparaît donc que la prise en charge des personnes indigentes constitue un problème qui mérite une réflexion et l'application de mesures idoines en considération du droit à la santé pour tous.

8.5.2 Le plan sésame

Ce plan fait suite à la décision prise le 3 Avril 2006 par le Président de la République de rendre gratuits les soins aux personnes âgées de 60 ans et plus. Ce plan d'un montant d'un milliard, avec 700 millions de l'Etat et 300 millions de l'IPRES s'adresse non seulement aux retraités de l'IPRES et du FNR, mais aussi à toutes les personnes, toutes catégories socio professionnelles confondues. Cette décision qui a été rendue effective à partir de Septembre 2006, a été vivement saluée par la population sénégalaise car elle soulage non seulement les personnes ciblées, mais aussi leurs descendants qui se sentaient obligés d'intervenir dans la prise en charge.

Cette décision qui fait obligation aux structures sanitaires d'administrer des soins gratuits aux personnes âgées, est aussi en quelque sorte la reconnaissance par l'Autorité de la difficulté de cette frange vulnérable à accéder à des soins de qualité compte tenu de leurs faibles ressources.



Toutefois, bien qu'elle soit noble et généreuse, la décision de la gratuité des soins aux personnes âgées n'en a pas moins connu des dérives préjudiciables aux structures sanitaires. Pour exemple, du fait de l'absence de mécanismes de contrôle du plan sésame ; des retraités font volontairement fi de leur statut qui les couvre à près de 70/100 pour faire supporter l'intégralité de la prise en charge au plan sésame gonflant ainsi considérablement son enveloppe. Il s'en suit que l'Etat est très lent dans ses procédures de remboursement, ce qui essouffle sensiblement les structures hospitalières déjà affectées par des problèmes financiers.

Cette situation ainsi créée entraîne des dysfonctionnements dans les structures hospitalières, déséquilibre les finances, entame l'offre de soins de qualité et incidemment limite l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers. A titre d'exemple, au mois de Juin 2009, l'Etat reste devoir à l'hôpital Ibrahima Niassé la somme de 163 659 170FCFA au titre du plan sésame et 46 000 000F pour ce qui concerne les cas sociaux. Toujours par rapport au plan sésame, l'hôpital Général de Grand Yoff détient des créances de 232 474 632F sur l'Etat.



IX. PROPOSITIONS POUR L'AMELIORATION DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX SOINS HOSPITALIERS AU SENEGAL

Il résulte des entretiens réalisés avec les professionnels du secteur de la santé et des acteurs non étatiques engagés dans la promotion de la santé au Sénégal, un certain nombre de propositions allant dans le sens de l'amélioration de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers.

9.1 La mutation de certains centres de référence en hôpitaux de niveau 1

Pour régler en partie l'engorgement des structures hospitalières, tous les professionnels de la santé rencontrés sont unanimes pour dire qu'une des réponses à cette situation serait l'érection d'hôpitaux de niveau 1. Autrement dit, il s'agira de faire évoluer certains centres de santé de référence vers le statut d'hôpital. Les structures régulièrement proposées sont le Centre d'Hygiène Sociale, Nabil Choucair et Youssouph M'Bargane. Pour l'intérieur du Sénégal les centres de Kafrine, Niore et Sokone sont nommés. Ce déclassement permettrait d'élargir la gamme des hôpitaux et concomitamment de désengorger les structures hospitalières de Dakar déjà surutilisées. Ce processus pourrait être mis en œuvre de manière progressive avec comme phase pilote l'érection des structures citées dans les régions de Dakar et Kaolack. Les autres étapes pourraient être conduites également en tenant compte des propositions émises par la Direction des Etablissements de santé, à savoir l'implantation d'un hôpital de niveau I dans chaque département du pays. Bien évidemment cette mutation de centres de santé en hôpitaux de niveau I devra s'accompagner d'une amélioration effective du plateau technique.

9.2 La création de CHU régionaux

Face à la très forte concentration des structures à Dakar et au déséquilibre de la carte sanitaire, la réponse ne saurait se limiter à l'érection d'hôpitaux de niveau I dans les départements. Une distribution plus rationnelle des services hospitaliers pour un accès plus aisé des populations requiert l'installation de CHU dans les capitales régionales. L'implantation des CHU devrait également faire l'objet d'une planification qui tient en compte l'existence d'université pouvant abriter une faculté de médecine. Les régions de Saint-Louis et de Ziguinchor pourraient constituer une phase test.

9.3 La création d'hôpitaux pour enfants

Il n'existe au Sénégal qu'un hôpital pour enfants et il est localisé à Dakar. L'immense majorité des enfants du pays ne peut de ce fait bénéficier de certaines spécialités. Pour aller dans le sens d'un accès équitable des enfants soins hospitaliers, il serait souhaitable de créer au moins dans les meilleurs délais un hôpital dans le centre du pays et progressivement, pour les enfants habitant le sud et un pour ceux du nord.

9.4 La rationalisation du recrutement du personnel

De toutes les structures hospitalières que nous avons visitées, le diagnostic opéré par les acteurs eux-mêmes est constant qui dénonce l'aspect politicien du recrutement qui ne se fait pas sur la base de besoins exprimés et objectifs, mais qui obéit le plus souvent à des exigences d'ordre purement politique. Cette situation entraîne une surcharge salariale et explique en partie les problèmes financiers auxquels les hôpitaux sont confrontés.

Le déséquilibre ainsi observé entre les besoins en personnel technique et le personnel en place dans les hôpitaux limite les possibilités d'offre de soins de qualité. Une des priorités réside dans l'élaboration et le respect de procédures de recrutement basés sur le rapport pertinent poste/profil.

9.5 Le développement d'un programme d'équipement des hôpitaux

L'accès aux soins de qualité passe nécessairement par une disponibilité d'infrastructures et surtout d'équipements adéquats. Les hôpitaux, en général, souffrent d'une insuffisance d'équipements. De



surcroît, ce déficit constaté s'accompagne souvent d'un décalage par rapport aux progrès réalisés dans le monde en termes d'équipement médical. Il est urgent de s'inscrire dans une dynamique d'évaluation systématique de l'équipement existant pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'équipement qui s'ajuste constamment aux progrès réalisés dans le secteur. Ce programme devra également prendre en compte la dimension maintenance dans tous ses aspects y compris la formation continue des techniciens.

9.6 L'introduction de la télémédecine

Il importe avec le développement actuel de la science de s'ouvrir de manière systématique à des techniques comme celle de la télémédecine pour rapprocher les populations des soins de santé. Ainsi certaines pathologies qui ne se règlent que dans des hôpitaux de niveau III peuvent faire l'objet d'un traitement à distance.

Par ailleurs, l'ouverture aux nouvelles technologies de communication permettrait de promouvoir un système d'information et de formation sur la santé. L'expérience du RAES dans ce domaine pourrait être mise à profit.

9.7 La réhabilitation de l'hôpital « le Dantec »

La tendance à la fermeture des services de l'Hôpital Le Dantec, dont la maternité constitue une grave limitation de l'accessibilité aux soins quand on sait que cette structure absorbait à elle seule un grand nombre de patients, particulièrement les femmes enceintes.

L'hôpital Le Dantec doit être réhabilité pour être remis correctement dans le parc hospitalier et lui permettre de jouer son rôle dans la mise à disposition des populations de soins de qualité.

9.8 Le respect de la pyramide sanitaire

Il a été constaté entre autres causes d'engorgement des hôpitaux, le non respect de la pyramide sanitaire. Ce non respect découle en grande partie, d'une méconnaissance des populations. Un important travail d'information et d'éducation s'impose avec des stratégies diverses pour toucher le maximum de population possible.

9.9 Le règlement des questions financières avec l'Etat et des collectivités locales

Dans les structures visitées, il a été question de la dette de l'Etat et des retards de versement des subventions de l'Etat et des collectivités locales. Les dettes concernent les imputations budgétaires, le plan sésame et la prise en charge des indigents. L'enveloppe des créances des hôpitaux sur l'Etat est parfois tellement importante qu'elle en arrive à les asphyxier financièrement. C'est souvent les retards de paiement de l'Etat qui se répercutent sur les relations de l'hôpital avec ses fournisseurs, les exposant ainsi à des situations de ruptures du fait de non paiement. L'Etat devrait étudier les voies et de moyens de procéder au paiement de ses dettes envers les hôpitaux dans les meilleurs délais.

9.10 Meilleure prise en compte des groupes vulnérables

Au Sénégal l'accès des démunies et des groupes vulnérables en général (handicapés, malades du SIDA, du diabète, de la drépanocytose, malades de divers cancer etc.) aux soins hospitaliers n'a pas encore fait l'objet d'une intégration réelle dans la définition et la mise en œuvre de la politique hospitalière. Il serait souhaitable de mener des réflexions avec les concernés pour une adaptation plus correcte de la fourniture de soins à leurs besoins.

9.11 Le développement du partenariat Public Privé



Dans le but de mieux doter les hôpitaux de ressources matérielles et financières, le partenariat des EPS avec le secteur privé constitue une voie porteuse de solutions durables. Les exemples de collaboration du CHU de Fann avec la Fondation Sonatel, de HOGGY et Ecobank devraient être démultipliés pour un renforcement des capacités techniques, matérielles et financières des EPS.

9.12 Le développement du partenariat avec les tradi-praticiens

La majorité de la population a tendance à s'adresser prioritairement à la médecine traditionnelle du fait de l'écueil financier lié aux soins hospitaliers et des croyances socio-culturelles. Il serait souhaitable de renforcer la collaboration entre les tradi-praticiens et le secteur hospitalier.

9.13 Le règlement de la question de la direction des hôpitaux

Il nous semble important et urgent, vu le climat actuel constaté dans tous les établissements visités, de mener des réflexions approfondies sur la gestion des hôpitaux. Faut-il confier la direction des hôpitaux à des médecins ou à des administratifs ? La question est d'autant plus pertinente en ce que les conséquences des conflits de pouvoirs observés limitent objectivement la production de soins de qualité.





X. CONCLUSIONS

Au Sénégal l'Etat a inscrit le développement du secteur hospitalier dans ses priorités dès l'accession du pays à l'indépendance. De 07 hôpitaux en 1960 on est passé aujourd'hui à 20 établissements hospitaliers. Toutefois, l'on constate que la politique sanitaire du Sénégal est encore dominée par l'approche SSP avec le développement des centres et postes de santé pour l'accès du plus grand nombre aux soins de santé de manière générale.

L'analyse de l'histoire hospitalière récente au Sénégal révèle qu'elle est marquée par une réforme qui tire ses origines de l'échec de l'expérience des APH et de l'exigence d'une offre de qualité exprimée par les populations. Pendant longtemps, les hôpitaux au Sénégal ont été caractérisés par : i) une dégradation des infrastructures et équipements ; ii) un appauvrissement du plateau technique ; iii) un manque de transparence dans la gestion des ressources ; et iv) une démotivation du personnel

Tout en s'intégrant dans le processus de décentralisation amorcé au Sénégal depuis 1972 et consolidé en 1996 par la loi sur la régionalisation, la réforme hospitalière initiée en 1998 cherche à régler la question de la performance dans les hôpitaux tant au niveau de la gestion que de la qualité des soins. Dans cette perspective, le législateur a introduit plusieurs aspects dont :

- le principe d'équité se traduisant concrètement par l'accès à des soins de qualité pour chaque citoyen quelle que soit son appartenance sociale ;
- l'implication dans la gestion du personnel et des usagers représentés par des personnalités cooptées dans l'environnement immédiat des établissements de santé ;
- la participation de l'Etat et des Collectivités Locales à travers des dotations pour faciliter l'accessibilité financière des populations.

Avec la mise en œuvre de la réforme, il s'est dessiné également une nouvelle orientation qui repose sur des notions dont certaines sont empruntées au secteur privé. En effet, il s'agit de mettre en avant les notions de performance, de qualité des prestations et d'équilibre des comptes.

La réforme confère aux hôpitaux une autonomie de gestion avec un statut d'établissement public à la tête duquel se trouve un Directeur qui rend compte à un Conseil d'Administration. La Direction est étoffée par de nouveaux services comme le Service des Soins Infirmiers, le Service Administratif et Financier. Il s'y ajoute que chaque hôpital dispose d'un Agent Comptable Particulier et d'un Contrôleur de Gestion. Outre le CA, la réforme introduit aussi de nouveaux organes tels que la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

A l'épreuve des faits, il s'avère que la réforme n'a pas encore complètement atteint les objectifs escomptés si l'on en juge par le climat actuel qui sévit dans presque dans toutes les structures hospitalières et qui pourrait autoriser de parler de « crise hospitalière au Sénégal ». Cette crise se manifeste au niveau des ressources humaines, matérielles et financières et ne milite pas en faveur d'une disponibilité de soins de qualité. Les propositions formulées à l'issue de la présente étude, si elles sont prises en compte pourraient contribuer sensiblement à une amélioration de l'accès des populations aux soins hospitaliers.



Bibliographie

Abdou Ndao, Equité dans l'accès aux services de santé urbains à Dakar, socio-anthropologie et interactions sanitaires, Mémoire de diplôme d'études approfondies (DEA) d'anthropologie, UCAD, Dakar 1998

Abdoul Salam Fall, Tidiane Ndoye, La perception communautaire sur les prestations offertes dans les formations sanitaires de districts de Gossas, Kaffrine, Kougheul et Sokone, Novembre 2007

Abdou Salam FALL & al, Gouvernance et corruption dans le système de santé au Sénégal, Forum Civil, CRDI, Dakar Mai 2005

Centre Hospitalier National Universitaire de Fann Plan de redressement du CHNU de Fann, Dakar Juin 2009

Centre Européen de Gestion des Politiques de Développement, (ECDPM), Manuel sur l'Accord de Cotonou à l'usage des acteurs non étatiques des pays ACP, Bruxelles 2003

Dr Balla M'Backe M'Boup, Projet d'érection de Centres de Santé de référence en hôpitaux Départementaux, Note technique, Direction des Etablissements de Santé, Dakar Novembre 2008

Dr Balla M'Backe M'Boup, Pour un système de santé performant : repositionner l'hôpital dans le système national de santé, Direction des Etablissements de Santé, Dakar Juillet 2009

HOGGY, Evaluation du projet d'établissement, Dakar 2006

Le quotidien.sn - Quotidien national sénégalais, Evaluation du plan national de développement sanitaire, Dakar janvier 2009

Ministère de la santé et de la prévention médicale, Direction de la Santé, Division des Soins de santé primaires, Manuel National des Stratégies sur la référence et la contre référence, Dakar Janvier 2006

Ministère de la Décentralisation et des Collectivités Locales, Rapport Général des premières assises de la décentralisation au Sénégal, Dakar, novembre 2007

Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique, Communication de Madame Thérèse Coumba Diop devant le Conseil Economique et Social sur « La gestion des hôpitaux et des médicaments et de la couverture médicale », Dakar Septembre 2009

Ministère de la Santé et de la Prévention, Plan National de Développement Sanitaire, PNDS 2009-2018, Dakar 2009

Ministère de la Santé et de la Prévention, Service National de l'Information Sanitaire, Carte Sanitaire du Sénégal, Dakar 2008

Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction des Etablissements de Santé, Protocole de mise en place du projet des hôpitaux de département et de région : activités et coûts, Dakar Novembre 2008

Ministère de la Santé, Direction des Etablissements de Santé, Réforme Hospitalière, Lois et Décrets, 1998.

Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction des Etablissements de Santé, Projet de création d'un hôpital dans la région de Dakar, Fiche Technique, Dakar Octobre, 2008

OMS, Stratégie OMS de coopération avec les pays, République du Sénégal 2002-2006



OMS, Déclaration d'Alma Ata, 1978

Plateforme des Acteurs Non Etatiques pour le suivi de l'Accord de Cotonou, Plan stratégique 2010-2014

Plateforme des ANE, Plan d'actions de la Plate-forme pour la mise en œuvre de la sous composante ANE du PAPNBG, Dakar Février 2008

République du Sénégal, Loi portant Code d'Éthique pour la Recherche en Santé, Mars 2009

République du Sénégal, Ministère de la santé publique, Déclaration de la politique nationale de santé, Dakar Juin 1989

Tidiane NDOYE, Acteurs, système et politiques de santé au Sénégal Des directives de lutte contre le paludisme à leur mise en actes : les rationalités d'acteurs à l'œuvre, Thèse de Doctorat en Anthropologie Sociale de l'EHESS 2007

Union Africaine, Une Afrique Unie pour l'Accès universel aux services de lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et le paludisme d'ici à 2010. Abuja, Mai 2006



Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

NOM	STRUCTURE	FONCTION	CONTACT
Dr Moussa Diakhate	Ministère de la Santé	Chef du Service de l'Information Sanitaire	77 656 56 72
Amadou Djibril Ba	Ministère de la Santé	Chargé du Programme Suivi-Evaluation	77 644 96 08
Aminata M'Bodj	Ministère de la Santé	Conseillère Chargée de la Planification	77 555 04 66
Dr Balla M'Backe M'Boup	Ministère de la Santé	Directeur des Etablissements de Santé	77 634 01 76
Dr Papa Gallo Sow	Institut d'Hygiène Sociale	Pharmacien	77 644 41 44
Dr Binta N'Diaye	ASBEF	Gynécologue	77 450 29 32
Tom Gueye	HOGGY	Chargé de la Communion	77 563 35 22
Saliou Faye Daf	HOGGY	Syndicaliste-SAS-	77 654 97 64
Pr Serigne Magueye Gueye	HOGGY	Chef du Service Urologie	77 639 93 58
Dr Fangaly Diouf	HOGGY	Chef du Service Réanimation	77 641 46 36
Moussa Kébé	HOGGY		77 535 18 19
Colonel Babacar N'Gom	HOGGY	Directeur	77 644 85 47
Amadou Sow	HOGGY	Contrôleur de Gestion	77 651 34 23
Lamine Fall	CHNU Fann	Chargé de la Communication	77 563 99 61
Maguette Sy Gaye	CHNU Fann	Syndicaliste-UNSAS-	77 643 90 29
Pr Seydou Badiane	CHNU Fann	Chef du Service Neuro-Chirurgie	77 639 05 43
Arémata Danfakha Camara	CHNU Fann	Chef du Service Ressources Humaines	77 636 07 46
Saliou Diallo	CHNU Fann	Directeur	77 644 52 00
Pape Bouna Fall	Abasse N'Dao	Chef du Service Administratif et Financier	77 644 44 47
Amadou Sarr	Abasse N'Dao	Contrôleur de Gestion	77 648 99 93
Mourtada Faye	Abasses N'Dao	Chef du Service des soins Infirmiers	
Sougou N'Diaye	Abasse N'Dao	Chef du Service Ressources Humaines	77 651 66 29
Dr Vahi Assi	Abasse N'Dao	Chef du Service Chirurgie	77 633 44 62
Dr Souleymane Thiam	Hôpital Ibrahima Niassse/Kaolack	Cardiologue	
Pathé Gueye	I Niassse	Directeur par intérim	77 551 99 24
Moustapha Gueye		Urologue	77 642 97 18
Jean N'Diaye	I. Niassse	Assistant Social	77 630 20 07
Ibrahima Diagne	I.Niassse	Chef du Service des Soins Infirmiers	77 653 44 72
Cheikh N'Diaye	I.Niassse	Chef du Service Ressources Humaines	
Ignace Biagui	I.Niassse	Contrôleur de Gestion	77 643 96 74
Adama Diawara	I Niassse	Secrétaire Général Régional SUTSAS	77 532 84 02
Aliou Thiam	I Niassse	Chef Service Maintenance	
M'Baye Kébé	I.Niassse	Syndicaliste	77 553 94 80
Maimouna Dieng	Plateforme des ANE	Secrétaire Permanente	77 647 31 40
Daouda Diouf	ENDA Santé	Coordonnateur	77 638 48 66
Boubacar Mané	HOPE 87	Coordonnateur National	77 637 49 03
Ousmane Thiendella Fall	ANHMS		77 657 61 36
Mariane Paulot	RAES	Coordonnatrice	77 560 75 01
Ismaila Goudiaby	Réseau des PV VIH	Coordonnateur National	77 571 59 59
Fassory Diawara	COLUPAS	Secrétaire exécutif	77 647 31 03
Youssou Camara	CAJEF	Coordonnateur	
Moussa Mane,	ASBEF	chargé suivi évaluation	



Annexe 1 : TDR

ETUDE DE L'ACCESSIBILITE DES POPULATIONS AUX STRUCTURES HOSPITALIERES

TERMES DE REFERENCE

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA MISSION

Le gouvernement du Sénégal s'est engagé avec les partenaires au développement dont l'Union Européenne (UE) dans une dynamique de développement inclusif. L'Accord de Cotonou s'inscrit dans cette perspective. Les Acteurs Non Etatiques (ANE) constituent un maillon important de ce dispositif. La Plateforme des Acteurs Non Etatiques pour le suivi de l'Accord de Cotonou regroupe une frange significative de la société qui s'organise en vue d'influencer les politiques publiques notamment celles s'inscrivant dans le cadre de l'Accord de Cotonou en partenariat avec l'UE.

La Plateforme des ANE a mis en place des groupes thématiques pour atteindre ses objectifs de plaidoyer. Dans cette dynamique, le groupe thématique santé (GTS) intervient pour examiner les problèmes de la santé et apporter une contribution de qualité pour la résolution des questions de santé publique.

La question de l'accès aux structures hospitalières est d'une actualité brûlante. Le gouvernement consacre près de 10% de son budget au secteur de la santé mais force est de constater que les difficultés de ce secteur sont persistantes et récurrentes. La question particulière de l'accessibilité aux structures de santé et singulièrement aux hôpitaux constitue un problème majeur auquel sont confrontées les populations. Ce problème ne cesse d'interpeller les pouvoirs publics, les bailleurs de fonds et les ANE.

L'étude envisagée se propose donc d'analyser cette question et de proposer des pistes de réflexion pour l'identification de solutions durables au grand bonheur des populations.

C'est pourquoi, il est recherché des consultants capables de conduire une telle étude.

II. OBJECTIF DE L'ETUDE

2.1 Objectif général

Il s'agit à travers cette étude de procéder à l'analyse de l'accessibilité des populations aux formations hospitalières.

2.2 Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, l'étude vise les points suivants :

- Présenter la stratégie des pouvoirs publics en matière hospitalier
- Analyser la problématique des ressources humaines en terme quantitatif et qualitatif (expertise, nombre) ;



- Passer en revue la question lancinante des ressources matérielles et financières,
- Procéder à l'analyse de l'organisation et du dispositif institutionnel
- Analyser l'accessibilité aux soins en termes de coût des prestations et au plan géographique
- Analyser la prise en compte des aspects sociaux
- Proposer des recommandations
- Faciliter un atelier national de validation du document de l'étude

III. RESULTATS ATTENDUS

Sur la base d'études de cas, les principaux résultats ci-dessous sont attendus de la mission :

- Une analyse succincte de la problématique de l'accessibilité des populations aux structures hospitalières est produite.
- Les points forts et les points faibles du dispositif institutionnel et organisationnel des hôpitaux et en termes de ressources humaines matérielles et financières sont analysés.
- Des propositions pertinentes visant à améliorer le fonctionnement des structures hospitalières pour mieux répondre aux attentes des populations bénéficiaires sont formulées.

IV. METHODOLOGIE

La méthodologie de l'étude sera de type qualitatif avec l'utilisation des outils et techniques des méthodes de recherche participative et sera basée sur la documentation, des entretiens avec les ANE et des visites de terrain.

V. MANDAT DU CONSULTANT

Le mandat du consultant est articulé autour des points suivants :

- Définir la méthodologie d'intervention
- Etablir le programme de travail de la mission
- Procéder au briefing du lancement de l'étude et un débriefing en fin d'étude avec les principaux partenaires (groupe thématique santé, MS, UE)
- Effectuer une mission de terrain dans 2 régions (Dakar et Kaolack) : rencontres avec les structures hospitalières, les syndicats, les professionnels de la santé, les collectivités locales, les populations, les OSC, les services techniques déconcentrés de l'Etat (régions médicales), les députés, les autorités religieuses.
- Rédiger le rapport de l'étude.
- Préparer et animer l'atelier de validation des conclusions de l'étude aux partenaires et principaux acteurs rencontrés y compris ceux du niveau régional.
- Présenter un rapport de 30 pages au moins en 3 exemplaires et version électronique en français au groupe thématique.

VI. PROFIL DU CONSULTANT

- Maitrise en études du développement et ou sciences sociales et d'une formation en approche participative
- Avoir une expérience d'au moins 7 ans dans la conduite des études similaires



- Devra prouver une expérience avérée dans des actions d'appuis aux acteurs non étatiques et dans le domaine de la santé.
- Avoir une bonne connaissance des mécanismes de mise en œuvre des projets et programmes.
- Expérience en développement et formulation de projets et programmes
- Connaissance en développement à la base et des modes opératoires des organisations de la société civile
- Maîtrise de l'outil informatique
- Capacité d'analyse et d'animation d'ateliers et de groupes de travail
- Excellente connaissance du français écrit et oral et bonnes compétences rédactionnelles

VII. DUREE DE LA MISSION

La durée de la mission sera de 30 jours ouvrables. Le planning prend en compte les délais de dépôts des rapports provisoire et final (cf. planning annexé).

VIII. CHOIX DU CONSULTANT ET CONDITIONS DE PRESTATION

8.1 Choix du consultant

Le choix du consultant indépendant sera opéré sur la base d'une liste restreinte de trois CV

8.2 Conditions de prestation

Le GTS en coopération avec le Secrétariat de la plateforme des ANE est responsable de l'organisation du travail. A cet effet, il prendra les dispositions pour faciliter le travail du Consultant.

Pour les sorties sur le terrain le consultant s'organisera en conséquence.

Un contrat de prestation précisera les différentes étapes ainsi que les modalités de paiement.

8.3 Planning

Activités	Nombre de jours
Briefing et connaissances des TDR et préparation du contrat	1
Recherche documentaire	3
Préparation des activités de terrain	1
Rencontres avec les acteurs au niveau central	4
Mission dans 3 régions (Dakar, Saint Louis, Kaolack)	9
Analyse et rédaction du rapport, dépôt du rapport provisoire	7
Correction du rapport provisoire	2
Atelier de validation	2
Débriefing et dépôt du rapport final	1
Total	30



Annexe 2 : OUTILS

Plateforme des acteurs non étatiques

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

« Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »

Guide d'entretien avec les Responsables administratifs

- **Gestion matérielle et financière**
 - Système et procédures de gestion des ressources matérielles et financières, et mise en œuvre
 - Taux de couverture des charges de fonctionnement
 - Politique de mobilisation des ressources (internes et externes)
 - Planification budgétaire annuelle
- **Gestion du personnel**
 - Description des tâches du personnel (existence de cahiers de charges)
 - Système et procédures de recrutement
 - Procédures d'évaluation des performances
 - Mécanismes de contrôle
 - Méthodes de travail/Coordination du personnel et des activités
 - Cohésion et travail en équipe.
- **Prise de décisions**
 - Périodicité des réunions de Direction et documentation de ces réunions
 - Système de collecte et d'analyse des informations pour une prise de décision
 - Mécanismes de prise de décision (procédures et acteurs impliqués)
- **Communication**
 - Systèmes et périodicité de communication entre la Direction et les services
 - Moyens de communication entre les différents services
 - Communication externe (hôpital et population)
 - Communication avec les malades



Plateforme des acteurs non étatiques

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

« Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »

FICHE D'IDENTIFICATION- HOPITAL

1. Région.....
2. Nom de l'hôpital.....
3. Nom du Directeur..... tel
4. Date de création.....
5. Niveau.....
6. Capacités d'accueil.....
7. Nombre de visitesjour..... an.....
8. Nombre Personnel : Médecins.....Infirmiers.....Sages femmes.....Aides.....
Administratif.....Autres.....
9. Principaux partenaires.....



Plateforme des acteurs non étatiques

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

« Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »

FICHE DE COLLECTE – ETAT DES SERVICES

Type de services	Infrastructures fonctionnelle et bien entretenu, vétuste, exigüe	Equipements Etat : Bon, assez bon, mauvais Insuffisant	Personnel Adéquat, insuffisant, suffisant	Ressources financières Adéquates, insuffisantes, suffisantes	Principaux bénéficiaires Estimation % H, F, E

Plateforme des acteurs non étatiques

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

« Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »

Guide d'entretien avec les chefs de services

- **Présentation du service**
 - Date de création
 - Spécialité, type de patients
 - Organisation et fonctionnement
 - Ressources matérielles (type et état)et financières
 - Personnel (nombre, qualité, etc.)
 - Partenaires

- **Points de vue sur l'accessibilité**
 - Aspects financiers
 - Aspects géographiques (zone de provenance des patients)
 - Dispositif d'accueil, prise de rendez-vous

- **Prise en charge des cas sociaux**
 - Catégories de personnes
 - Modalités
 - Difficultés éventuelles

- **Forces et faiblesses**

- **Recommandations**

Plateforme des acteurs non étatiques

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

« Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »

Guide d'entretien avec les syndicats et associations

- **Présentation du syndicat/association**
 - Nom et date de création
 - Mission et vision
 - Représentativité
 - Partenaires

- **Appréciation de l'accessibilité**
 - géographique,
 - financière, autres

- **Appréciation de la prise en compte des cas sociaux**
 - Plan Sésame
 - Autres

- **Appréciation de la politique nationale**
 - Options stratégiques
 - Dispositif organisationnel et institutionnel
 -

- **Appréciation de la gouvernance des hôpitaux**
 - Perception des mécanismes de gestion
 - Implication des divers acteurs dans les prises de décisions

- **Appréciation des forces et faiblesses**

- **Recommandations**

Plateforme des acteurs non étatiques

pour le suivi de l'accord de Cotonou au Sénégal

« Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers »

Guide d'entretien avec les patients et accompagnants

- **Identification**
 - Age, sexe
 - Zone de provenance
 - Type de soins recherchés

- **Appréciation de l'accessibilité**
 - Appréciation de l'accueil
 - Appréciation des rendez-vous
 - Appréciation de la distance
 - Appréciation du coût des prestations
 - Appréciation de l'hygiène et la qualité des soins
 - Appréciation de la qualité de l'alimentation
 - Appréciation des rapports avec le personnel
 - Appréciation global du séjour

- **Perception des problèmes majeurs d'accessibilité**

- **Recommandations**