

**La Fidélisation des personnels de santé dans les  
zones difficiles du Sénégal**

**Rapport intermédiaire**

Pascal Zurn, OMS, Genève

Laurence Codjia, Consultante, Sénégal

Farba Lamine Sall, OMS, Sénégal

**- Octobre 2008 -**

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>4</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>6</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Contexte général</b> .....	<b>9</b>
Figure 1. Régions du Sénégal .....	9
Tableau 1 : distribution de la population par région .....	10
<b>2. Le système de santé</b> .....	<b>11</b>
2.1 Politique de santé .....	11
2.2 Organisation du système de soins .....	12
2.3 Les ressources disponibles .....	13
2.4 Les prestations de services de santé .....	14
<b>3. La distribution géographique des personnels de santé au Sénégal</b> .....	<b>15</b>
3.1 Des différences régionales importantes en termes de densité des personnels de santé .....	15
Tableau 2: Nombre de médecins, infirmiers et sages-femmes pour 1,000 habitants dans les régions du Sénégal (secteur public et privé) .....	15
Boîte 1: Distribution géographique des médecins dans la région de Saint-Louis ....	16
Figure 2: Distribution des médecins et de la population par région .....	17
Figure 3: Distribution des sages-femmes et de la population par région .....	18
Figure 4: Distribution des infirmiers et de la population par région .....	18
Figure 5: Nombre de postes effectifs de sages-femmes dans les postes de santé par rapport aux normes du Ministère de la Santé et de la Prévention .....	20
3.2 Différents facteurs contribuent aux difficultés d'affectation, de recrutement et de fidélisation dans les zones difficiles .....	20
Boîte 2: Processus de recrutement et d'affectation pour les agents de santé travaillant pour le Ministère de la Santé et de la Prévention .....	21
3.3 La distribution géographique des personnels de santé a un impact sur les prestations sanitaires .....	22
Figure 6: densité médecins, infirmiers, sages-femmes et proportion d'accouchements accompagnés par des accoucheurs qualifiés .....	24
Figure 7 : Assistance lors de l'accouchement .....	24

Figure 8: Proportion d'accouchement accompagnés par des accoucheuses traditionnelles et par des accoucheurs qualifiés..... 25

**4. Des stratégies de fidélisation des personnels de santé pour les zones difficiles ..... 26**

*4.1 Le management des personnels de santé ..... 26*

Création de la Direction des Ressources Humaines ..... 26

La révision du statut particulier des agents de la santé ..... 26

Indemnités d'éloignement et moyens de transports dans les zones défavorisées..... 27

Indemnités spéciales pour les professionnels qui travaillent dans les zones défavorisées..... 27

La contractualisation du personnel ..... 27

Coopération interprofessionnelle pour les soins obstétricaux d'urgence et de néonatalogie..... 27

*4.2 La production des personnels de santé..... 28*

Ouverture des écoles privées ..... 28

Tableau 2: Diplômés des écoles de formation publiques et privées de santé de 2002 à 2006..... 28

Création des centres régionaux de formation en santé (CRFS) et appui du Ministère de la santé..... 29

Augmentation du nombre de médecins..... 29

Figure 9 : Nombre de médecins diplômés ..... 30

Incitations financières pour les enseignants des écoles publiques..... 30

Soutien financier aux Etudiants ..... 30

**5: Améliorer la distribution géographique des personnels de santé ..... 31**

*5.1 Différentes pistes sont possibles ..... 31*

Boîte 3: Modèle du Ministère de l'Education pour la relève et la mobilité des enseignants..... 33

Figure: 10: Nombre d'infirmiers par médecin..... 35

*5.2 Un renforcement de l'offre en personnels de santé..... 35*

Figure 11 : Médecins, infirmiers et sages-femmes: Effectifs actuels et déficit à combler ..... 37

Figure: 12: Médecins et infirmiers, sages-femmes nés au Sénégal dans les pays de l'OCDE..... 38

Boîte 4: L'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine: Vers une émigration des médecins en direction du Sénégal ?..... 39

Figure 13: Dépenses totales de santé par habitant US\$ (PPA), PNB par habitant US\$ (PPA), et densité médicale..... 40

**Conclusion ..... 41**

**Bibliographie ..... 43**

## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier toutes les personnes rencontrées dans le cadre de ce travail pour avoir pris le temps de nous accueillir chaleureusement et de nous faire bénéficier de leur expertise respective.

Nous tenons à remercier tout particulièrement:

Le Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal, en particulier, Ibrahima Souka Ndella Diouf, Mamadou Coulibaly, Khalifa Fallou Diop, Yancoba Sow et Cheikh Issa Sall.

Le Ministère de l'Education

Le Bureau OMS de Dakar

Le Professeur Cheikh Saad-Bouh Boye, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université

Cheick Anta Diop

Le Professeur Ibrahima Pierre Ndiaye, doyen de l'école de médecine de l'Université El Hadji Ibrahima Niassé

Le Docteur Ismaila Sy, Président du Conseil de l'ordre des médecins

Le Professeur Omar Sylla, Directeur de l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social

Les directeurs des centres régionaux de formations

Les associations professionnels et syndicats des personnels de santé

Les personnels des hôpitaux, centres régionaux et postes de santé visités

Les gouverneurs et chefs de villages

## Résumé

La fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales, isolées ou plus généralement difficiles est une problématique importante au Sénégal. En effet, de fortes disparités dans la répartition des personnels de santé sont observées. La région de Dakar concentre plus de la moitié des médecins et des sages-femmes du Sénégal alors que cette région représente moins du tiers de la population total du pays. En même temps, les régions de Diourbel, Fatick, Kaoloack, Kolda et Matam ne totalisent que 11% des médecins alors qu'elles concentrent près de 40 % de la population du pays. Toutefois, si les différences régionales sont très marquées pour les médecins et les sages-femmes, elles le sont moins pour les infirmiers. En raison du rôle central que les personnels de santé jouent dans le système de santé, leur répartition a un impact direct sur les prestations sanitaires

Au cours des dernières années, les problèmes de répartition géographique des ressources humaines de la santé ont été une source de préoccupation du Ministère de la santé. Différentes mesures ont été initiées en vue d'améliorer le processus d'affectation, le recrutement et la fidélisation dans les zones dites difficiles. Ces dispositions concernent aussi bien la production de personnel qualifié que la gestion de ce personnel.

Même si les mesures adoptées par le Ministère de la Santé sont encourageantes, d'autres mesures potentielles laissent entrevoir aussi des possibilités d'améliorer le recrutement et la fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles. Parmi les mesures envisagées, la mise en œuvre d'un plan de relève et de mobilité des personnels, de même que le renforcement des incitations financières et non-financières figurent en bonne place. Par ailleurs, une approche plus intersectorielle semble aussi très adaptée dans le contexte du Sénégal. Elle permet notamment la prise en compte des questions liées au logement, à l'accès à l'eau courante et à l'électricité, aux infrastructures routières et à l'école pour les enfants. Finalement, dans un contexte de pénurie générale des ressources humaines pour la santé au niveau national, un renforcement sur le long terme de l'offre en personnels de santé est aussi à considérer.

## Summary

Retaining health workers in rural areas, which are as a rule isolated or in which working conditions are more generally difficult is a major problem in Senegal, where there are significant disparities in the distribution of health personnel. More than half the physicians and midwives in Senegal are concentrated in the region of Dakar, where only one third of the country's population lives. At the same time, the regions of Diourbel, Fatick, Kaolack, Kolda and Matam have only 11% of the total number of physicians, while they are home to 40% of the population. Although regional differences are very pronounced where physicians and midwives are concerned, they are less so in the case of nurses. The central role of health personnel in health systems means that their distribution has a direct impact on the provision of health services.

In recent years, problems relating to the geographical distribution of human resources for health have been cause of concern for the Ministry of Health. Different measures have been introduced in order to improve the appointment procedure and recruitment of health workers, and to retain them in areas ranked as arduous. These measures apply both to the training of qualified personnel and to their management.

Although the results of the measures introduced by the Ministry of Health have been encouraging, there are other measures which have the potential further to improve the appointment procedure, the recruitment and retention in these areas. Foremost among the measures under consideration are the implementation of a plan for the replacement and mobility of personnel and better financial and non-financial incentives. In addition, a more cross-sectoral approach seems well adapted to circumstances in Senegal. This makes it possible to address questions of housing, access to water and electricity supply, to the highway network and to schools for the children of personnel. Finally, against a background of widespread shortage of human resources for health at the national level, consideration should be given to improving the supply of health personnel in the long term.

## Introduction

A l'instar de la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne, le Sénégal connaît un déficit important en personnels de santé. En effet, le Sénégal figure parmi les 57 pays ayant une pénurie aiguë des personnels de santé. Ces déficits sont encore plus marqués dans les zones rurales, isolées ou plus généralement difficiles<sup>1</sup> du Sénégal. Ces disparités dans la répartition des ressources humaines pour la santé représentent un défi important pour les décideurs car elles contribuent à fragiliser le système de santé, en particulier dans les zones à faible densité en personnels de santé.

Les problèmes de répartition géographique des ressources humaines pour la santé ont reçu une plus grande attention de la part du Ministère de la Santé et de la Prévention au cours de ces dernières années. Ainsi, différentes mesures ont été initiées ou sont en cours de discussion en vue d'améliorer le processus d'affectation, le recrutement et la fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles. Néanmoins, la question des disparités géographiques demeure importante et complexe au Sénégal. Dans ce contexte, le but de cette étude est de parvenir à une meilleure compréhension de ces disparités géographiques afin de permettre un meilleur suivi des mesures existantes et de faciliter l'identification de nouvelles mesures.

Cette étude a bénéficié des données et des informations fournies par le Ministère de la Santé et de la Prévention, de même que celles recueillies auprès du Ministère de l'Education, de la Faculté de Médecine de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar, de l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire, des syndicats et associations professionnelles des personnels de santé et d'autres acteurs du système de santé. Par ailleurs, cette étude a aussi mis à profit les informations recueillies lors de visites dans plusieurs régions du Sénégal -- Saint-Louis, Matam, Tambacouda, Kaolack et Fatick -- auprès de gouverneurs de régions, de chefs de village, de centres hospitaliers, de centres régionaux de formation, de centres régionaux de santé et de postes de santé.

Dans un premier temps, le rapport présente le contexte et les principales caractéristiques du système de santé du Sénégal, notamment les politiques de santé, l'organisation du système de soins, les ressources disponibles et les prestations sanitaires. Dans un deuxième temps, la question de la répartition géographique des personnels de santé au Sénégal, particulièrement entre les différentes régions du Sénégal, est abordée. Dans ce cadre, une analyse de la distribution géographique des médecins, infirmiers et sages-femmes est proposée. De plus, les facteurs susceptibles d'expliquer les inégalités géographiques dans la répartition des personnels de santé sont aussi examinés, ainsi que l'impact de ces inégalités géographiques sur les prestations sanitaires. Par la suite, les différentes initiatives et mesures adoptées par le Ministère de la Santé et de la Prévention

---

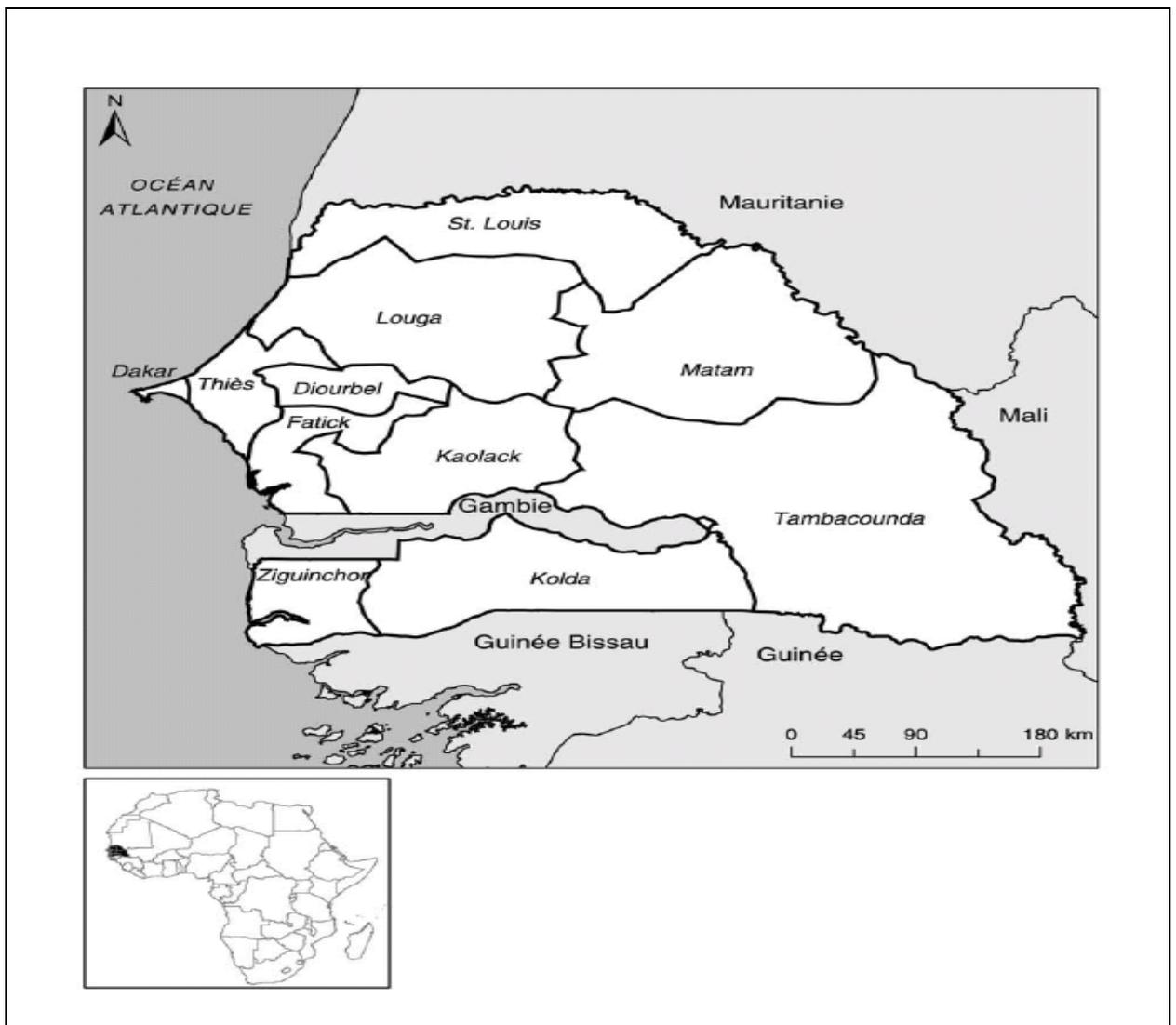
<sup>1</sup> Zone enclavée et/ou difficile d'accès, éloignée de Dakar, sans continuité scolaire et sans infrastructures (PNDS, 2008)

en vue de permettre une meilleure répartition géographiques des personnels de santé au Sénégal sont examinées, notamment celles ayant trait au management et à la production des personnels de santé. Finalement, de nouvelles mesures et initiatives laissant entrevoir des possibilités d'améliorer le processus d'affectation, le recrutement et la fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles sont aussi discutées.

## 1. Contexte général

D'une superficie de 196 200 km<sup>2</sup>, la république du Sénégal est située à l'extrême ouest du continent africain, au bord de l'océan Atlantique. Le pays est limité par l'Atlantique à l'ouest, la Mauritanie au nord, le Mali à l'est et la Guinée-Bissau au sud. Par ailleurs, la Gambie constitue une enclave toute en longueur dans le sud du pays. Le Sénégal est divisé en onze régions administratives: Dakar, Diourbel, Fatick, Kaolack, Kolda, Louga, Matam, Saint-Louis, Tambacounda, Thiès, Ziguinchor (voir carte du Sénégal, ci-dessous). Chacune d'entre elles est administrée par un gouverneur et dispose d'une assemblée régionale, dont les membres sont élus.

Figure 1. Régions du Sénégal<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Source: Ministère de la Santé, 2008

Au plan économique, le Sénégal est classé parmi les pays les plus pauvres. Le pays occupe le 156<sup>ème</sup> rang mondial sur 175 pour l'indice de développement humain (PNUD, 2007). Sur le plan démographique, le Sénégal a une population estimée à plus de 11 millions d'habitants. Cette population est jeune car plus de 57% de celle-ci a moins de 20 ans. Avec plus de 2.6 millions d'habitants, la région de Dakar est la plus peuplée du Sénégal et rassemble 23% de la population du pays. La région la moins peuplée est celle de Ziguinchor qui compte moins d'un demi million d'habitants (voir Tableau 1 ci-dessous). La population urbaine représente 43% de la population totale.

**Tableau 1 : distribution de la population par région<sup>3</sup>**

REGION	POPULATION	SUPERFICIE		Densité (Hbts/Km 2)
		KM 2	Proportion	
<b>Dakar</b>	2'564'891	547	23%	4689
<b>Diourbel</b>	1'271'742	4903	11%	259
<b>Fatick</b>	675'485	7910	6%	85
<b>Kaolack</b>	1'171'428	15449	10%	76
<b>Kolda</b>	951'839	21112	8%	45
<b>Louga</b>	761'005	25254	7%	30
<b>Matam</b>	514'469	29041	5%	18
<b>Saint-Louis</b>	812'412	19241	7%	42
<b>Tambacounda</b>	708'822	59542	6%	12
<b>Thiès</b>	1'442'338	6670	13%	216
<b>Ziguinchor</b>	468897	7352	4%	64
<b>TOTAL PAYS</b>	<b>11 343 328</b>	<b>196 021</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>

<sup>3</sup> Source : Ministère de la santé et de la prévention médicale, SNIS, 2007

## **2. Le système de santé**

Ce chapitre présente les principales caractéristiques du système de santé, notamment la politique de santé, l'organisation du système de soins, et les ressources disponibles.

### **2.1 Politique de santé**

L'Etat du Sénégal depuis plus d'une décennie a retenu le secteur de la santé comme une composante clé du développement du pays. En outre, le Sénégal a adopté d'une part les soins de santé primaires comme base de sa politique de santé suite à la conférence d'Alma Alta en 1978 et d'autre part la décentralisation qui transfère aux collectivités locales les compétences en santé. Cette décentralisation s'accompagne d'une déconcentration des organes de coordination du Ministère de la santé. Les populations participent à la gestion des structures de santé de base au sein de comités de gestion.

Les orientations de la politique de santé qui découle de la Déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989, s'appuie sur une approche programme traduite à travers le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS). Le PNDS pour la période 1998-2007<sup>4</sup> a permis de mettre en chantier plusieurs réformes à la fois législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies, le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvre une période de cinq ans (1998-2002 ; 2002-2007<sup>5</sup>), est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS.

Les priorités de santé du PNDS 1998-2007 sont :

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

La mise en œuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques dégagées du PNDS n'a pu se faire sans une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles et financières. Ainsi, les activités planifiées par l'ensemble des structures de santé découlent des stratégies définies et adoptées pour le développement

---

<sup>4</sup> Un deuxième plan est en cours d'élaboration

<sup>5</sup> Deux programmes ont été achevés.

des ressources humaines, la mobilisation et la rationalisation des moyens financiers et l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et d'action sociale en réhabilitant les formations sanitaires actuelles et en créant de nouvelles formations. Le programme accorde une large place au développement des ressources humaines de la santé.

## **2.2 Organisation du système de soins**

Le système de soins présente une structuration pyramidale qui comprend :

- Le niveau central comprend d'une part des structures de coordination : le Cabinet du Ministre, des Directions et des Services rattachés et d'autre part des structures de soins : les hôpitaux de niveau tertiaire qui sont tous situés à Dakar et les hôpitaux spécialisés.
- Un échelon intermédiaire qui est la région médicale. Le Sénégal compte 11<sup>6</sup> régions médicales dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative. Chaque région médicale élabore et met en œuvre le plan régional de la santé, assure la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et participe à leur évaluation. Le médecin chef de région est sous l'autorité administrative du gouverneur de la région. Hormis la région de Dakar qui comprend plusieurs structures hospitalières, chacune des autres régions dispose d'au moins un hôpital régional. La construction de 3 autres hôpitaux est prévue respectivement pour les régions de Fatick, Ziguinchor et la ville de Guédiawaye dans la région de Dakar.
- Le niveau périphérique : le Sénégal compte 65 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire de proximité pour les populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus petite de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Les structures de soins des districts sanitaires sont les suivantes par ordre hiérarchique: les cases de santé, les maternités les postes de santé, les centres de santé et le centre de santé de référence. Par ailleurs, l'équipe cadre du district assure la coordination des structures de soins, coordonne la planification, la supervision et le suivi évaluation. Le district sanitaire est dirigé par un médecin chef de district. Le Sénégal compte en 2008, soixante dix huit (78) centres de santé<sup>7</sup> dont 56 centres de santé secondaires et 22 centres de santé de référence, répartis dans 65 districts sanitaires. Un important effort a été fait dans la création des postes de santé durant le PNDS 1998-2007. En effet, le nombre de postes de santé est passé de 733 en 1994 à 1018 en 2007.

---

<sup>6</sup> De nouvelles régions médicales viennent d'être créées. Le nombre total de régions médicales est à présent de 14.

<sup>7</sup> Le centre de santé au Sénégal correspond à l'hôpital de district dans d'autres pays africains

D'autres formations sanitaires publiques sont gérées en dehors du Ministère de la Santé. Le Ministère des Forces Armées gère l'Hôpital Principal de Dakar, l'Hôpital Militaire de Ouakam et les infirmeries de garnison. Les départements chargés de l'Education gèrent les inspections médicales des écoles et les infirmeries des lycées, collèges et universités. Le Ministère de l'Intérieur gère les infirmeries de la police, des sapeurs pompiers. Le Ministère de la Justice gère les infirmeries de l'administration pénitentiaire. Le Ministère de l'Economie et des Finances gère les infirmeries des douanes. Le Ministère du Travail a sous sa tutelle les centres de l'IPRES et les services de santé des entreprises. Le Ministère de la Jeunesse gère les centres pour la promotion de la santé des adolescents. On note enfin les infirmeries des parcs nationaux sous la tutelle du Ministère en charge de l'Environnement (PNDS, 2008).

En plus des structures du secteur public le secteur privé, largement concentré à Dakar et à Thiès, joue un rôle important dans l'offre de service. Il existe un hôpital privé catholique, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 180 postes de santé confessionnels. A cela se greffent l'offre de soins des ONG et des associations ainsi que les structures d'aide au diagnostic (laboratoires, imagerie). Une certaine partie de la population a recourt à la médecine traditionnelle.

### **2.3 Les ressources disponibles**

Les dépenses de santé ont augmenté au Sénégal au cours de ces dernières années. En effet, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut est passé de 4.6% à 5.4% entre 2000 et 2005 (OMS, 2008). La part des dépenses publiques dans le total des dépenses de santé est estimée à un peu plus de 30% (OMS, 2008).

Même si la part budgétaire des dépenses publiques consacrées à la santé a tendance à augmenter, elle n'en demeure pas moins en deçà de l'objectif de 15% fixé lors de la réunion d'Abuja en avril 2000. Pour l'année 2006, la santé a bénéficié d'un budget de plus de 82 milliards de CFA (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2007). Avec près de 37 % des dépenses du budget santé, les investissements sont le poste budgétaire le plus important. Ces dépenses sont suivies par celles affectées au personnels et représentent 26 % du budget de la santé. Les dépenses liées aux transferts et au fonctionnement viennent ensuite et représentent 21 % et 16 % du budget de la santé respectivement (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2007).

Selon les données de la Direction des Ressources Humaines, le département de la santé emploie 13 110 personnes toutes catégories socioprofessionnelles confondues dont 52% sont des femmes. Environ 46% du total de personnel est employé par l'Etat, 22% par les communautés, 20% par les établissements publics de santé, 10% par les collectivités locales et 2% par d'autres acteurs. Le personnel médical constitue environ 7% de l'ensemble du personnel du secteur public de la santé (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2007).

## **2.4 Les prestations de services de santé**

Comme il l'a été indiqué précédemment, les objectifs déclinés dans le PNDS 1998-2007 étaient au nombre de trois (3) : (i) Réduire la mortalité maternelle, (ii) Réduire la mortalité infanto juvénile et (iii) Maîtriser la fécondité. Au terme de sa mise en œuvre les résultats suivants ont été enregistrés : le taux de mortalité maternelle est passé de 510/100 000 naissances vivantes en 1992 à 401/100 000 naissances vivantes en 2005 ; le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 150‰ en 1997 à 121‰ en 2005 ; le taux de mortalité infantile de 70,1‰ en 1997 à 61‰ en 2005. L'indice synthétique de fécondité est passé de 6,0 en 1992 à 5,3 en 2005 (PNDS, 2008).

Le taux d'utilisation des services de consultation prénatale était de 78% en 2006 et il a été noté dans le SNIS (2006) que parmi les femmes enceintes qui ont bénéficié de consultations prénatales en 2006, seul le tiers d'entre elles (30 %) ont fait 4 visites<sup>8</sup> et 18 % une consultation postnatale. Toutefois, 71 % des femmes qui ont fait au moins une consultation prénatale ont bénéficié du traitement préventif intermittent pour se prévenir du paludisme. La moyenne nationale des évacuations pour accouchement est de 4,5% soit 5 évacuations sanitaires pour 100 accouchements du poste de santé au centre de santé ou bien du centre de santé à l'hôpital régional. Ces évacuations sont plus fréquentes dans les régions de Tambacounda (19,7%), Fatick (7,2%), Ziguinchor (5,7%), et Thiès (5,4%).

---

<sup>8</sup> Normes du MSPM

### 3. La distribution géographique des personnels de santé au Sénégal

Ce chapitre examine la question des inégalités géographiques dans l'accès aux soins au Sénégal. Dans un premier temps, la répartition des personnels de santé dans les différentes régions du Sénégal est présentée. Il en ressort clairement que la région de Dakar concentre une partie très importante des personnels de santé de l'ensemble du Sénégal. Par la suite, les facteurs susceptibles d'expliquer les différences dans la répartition géographique des personnels de santé sont passés en revue. Finalement les conséquences de ces disparités géographiques sont examinées.

#### 3.1 Des différences régionales importantes en termes de densité des personnels de santé

Le Sénégal comme la plupart des pays est confronté à un problème de distribution géographique de son personnel de santé comme indiqué dans la Tableau 2. En effet, le personnel de santé a tendance à être plus concentré dans certaines régions du pays, en particulier dans la région de Dakar. Ainsi, si l'on compte 0.43 médecins pour 1000 habitants dans la région de Dakar, on en compte moins de 0.05 pour 1000 habitants pour les régions de Diourbel, Fatick, Kaolack, Kolda et Matam. D'importantes différences de densité existent aussi entre les différentes régions du Sénégal pour les sages-femmes et dans une moindre mesure pour les infirmiers.

**Tableau 2: Nombre de médecins, infirmiers et sages-femmes pour 1,000 habitants dans les régions du Sénégal (secteur public et privé)<sup>9</sup>**

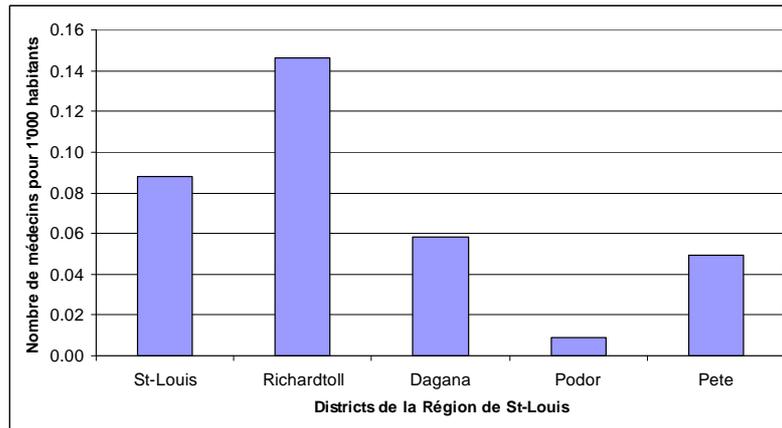
REGION	Population	MEDECINS		INFIRMIERS		SAGES-FEMMES	
		Effectif	Densité pour 1'000 hab	Effectif	Densité pour 1'000 hab	Effectif	Densité pour 1'000 hab
DAKAR	2,564,891	1100	0.43	1092	0.43	477	0.19
DIOURBEL	1,271,742	57	0.04	199	0.16	61	0.05
FATICK	675,485	16	0.02	180	0.27	26	0.04
KAOLACK	1,171,428	50	0.04	259	0.22	40	0.03
KOLDA	951,839	22	0.02	176	0.18	33	0.03
LOUGA	761,005	37	0.05	153	0.20	32	0.04
MATAM	514,469	18	0.03	150	0.29	14	0.03
ST-LOUIS	812,412	47	0.06	229	0.28	39	0.05
TAMBA	708,822	36	0.05	204	0.29	38	0.05
THIES	1,442,338	121	0.08	338	0.23	98	0.07
ZIGUINCHOR	468,897	39	0.08	230	0.49	53	0.11
<b>TOTAL</b>	<b>11,343,328</b>	<b>1543</b>	<b>0.14</b>	<b>3210</b>	<b>0.28</b>	<b>911</b>	<b>0.08</b>

<sup>9</sup> Source: Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008

Ces inégalités se retrouvent aussi au niveau des districts où l'on peut noter des différences importantes en terme de densité de personnels de santé.

### Boîte 1: Distribution géographique des médecins dans la région de Saint-Louis<sup>10</sup>

Dans la région de St-Louis, on constate de large variations de la densité médicale entre les districts comme indiqué ci-dessous.



Le district de Richardtoll avec 0.15 médecins pour 1'000 habitants est le district ayant la plus forte densité médicale. En d'autres termes, il y a 6'821 habitants par médecin dans ce district. Le nombre de médecins par habitant est beaucoup plus faible dans les districts de Dagana, Pete et surtout Podor. En particulier, dans ce dernier district, le nombre de médecin pour 1'000 habitants est de 0.01. Cela correspond à un médecin pour 111'000 habitants. Quant au district de Saint-Louis, il compte 0.09 médecins pour 1'000 habitants.

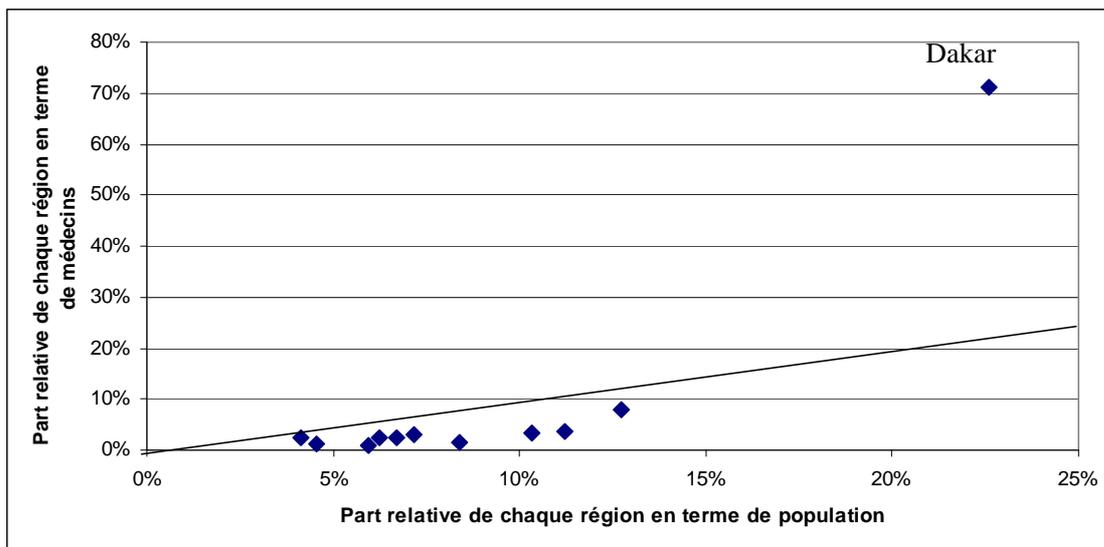
Ces inégalités inter-régionales sont aussi bien mises en évidence par les Figures 2, 3 et 4. L'axe horizontal indique le poids relatif que représente chaque région en terme de population, alors que l'axe vertical indique le poids relatif de chaque région en terme de médecins. La droite partant de l'origine symbolise la droite d'égalité entre la distribution des personnel de santé et celle de la population. Ainsi, une région qui représenterait 10% de la population du Sénégal et compterait 10% des médecins du Sénégal serait sur cette ligne. Les points au dessus de la droite pourraient indiquer une "sur-représentation" des personnel de santé, tandis que les points au dessous pourraient indiquer une "sous-représentation" des personnels de santé.

Même si une telle approche ne peut pas vraiment tenir compte de la spécificité de chaque région, elle a le mérite de bien faire ressortir la situation particulière de la région de Dakar. En effet, alors que cette région compte plus de 70% des médecins du pays, Dakar ne représente que 23 % de la population du Sénégal. Toutes les autres régions sont au

<sup>10</sup> Source: Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008; Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005

dessous de la droite d'égalité. On peut toutefois noter des variations entre ces régions. Si les régions de Thiès et Ziguinchor sont relativement proches de la droite, celles de Matam, Fatick et Kolda sont largement sous-représentées en termes de personnel médical. Ces dernières régions sont aussi les régions les plus pauvres du Sénégal.

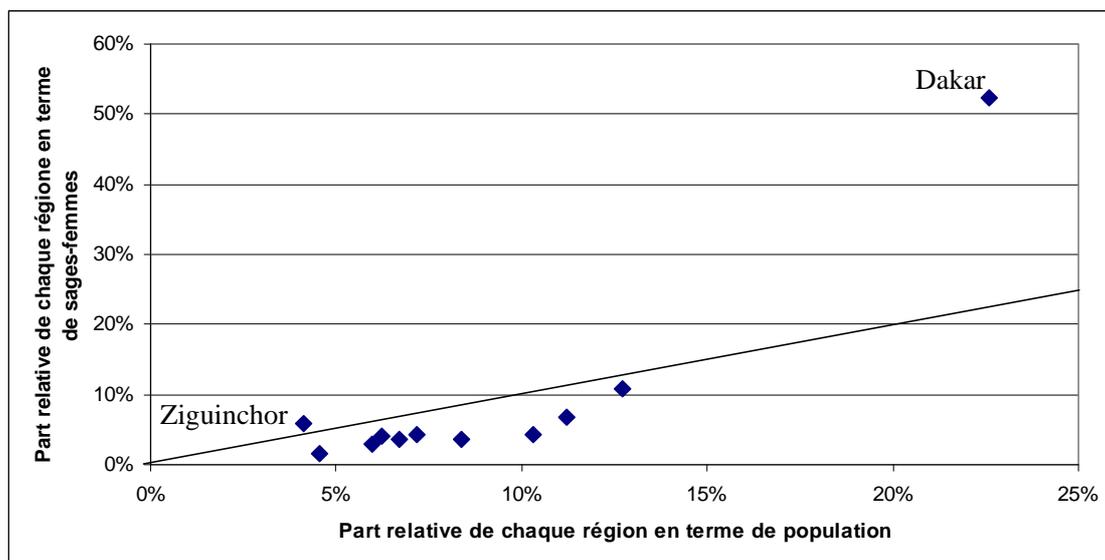
**Figure 2: Distribution des médecins et de la population par région<sup>11</sup>**



La répartition des sages-femmes est relativement similaire à celle des médecins comme indiqué dans la Figure 3. On dénombre aussi une forte concentration de sages-femmes sur Dakar. Même si la région de Ziguinchor se situe au dessus de la droite d'égalité, elle n'en demeure pas moins proche de la ligne d'équilibre.

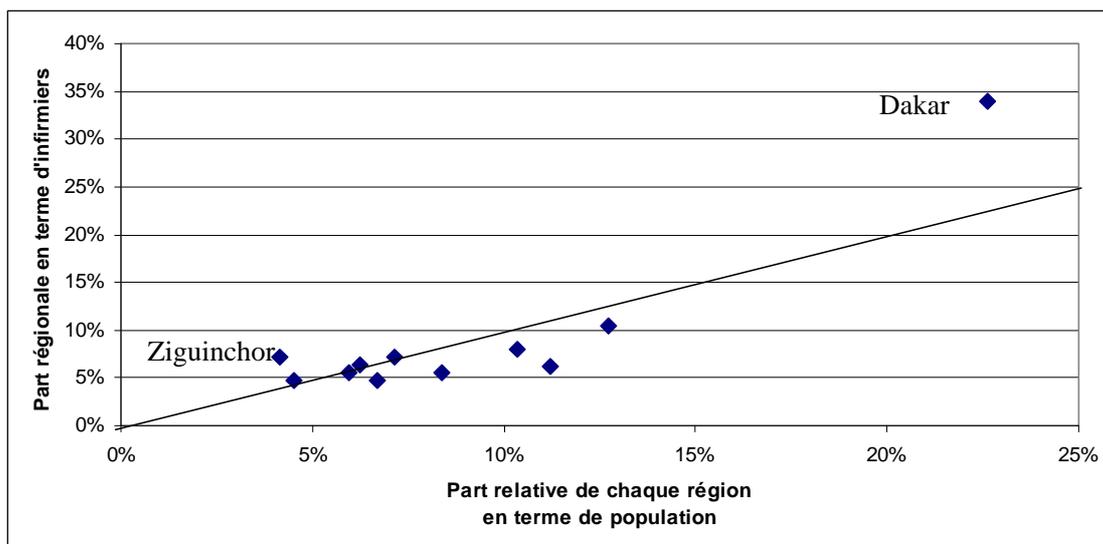
<sup>11</sup> Source: Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008

**Figure 3: Distribution des sages-femmes et de la population par région<sup>12</sup>**



A la différence des médecins et des sages-femmes, la distribution des infirmiers est plus équilibrée. En effet, la Figure 4 montre qu'un nombre important de régions est proche de la droite d'équilibre. Même si la région de Dakar se démarque une fois de plus, elle ne représente que "35%" des infirmiers contre plus de 50% pour les médecins et les sages-femmes. Cette situation s'explique en grande partie par le fait que le nombre de postes de santé est important en dehors de la région de Dakar et que ces derniers sont dans leur grande majorité dirigés par des infirmiers chefs de poste.

**Figure 4: Distribution des infirmiers et de la population par région<sup>13</sup>**



<sup>12</sup> Source: Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008

<sup>13</sup> Source: Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008

Différentes raisons peuvent expliquer cette concentration de personnels de santé dans la région de Dakar. Tout d'abord, cette région compte un nombre relativement important d'hôpitaux et donc de personnels de santé. De plus, la présence de médecins spécialistes tend toujours à être plus importante dans les grandes villes, en particulier celles avec un hôpital universitaire. Par ailleurs, en raison des opportunités plus importantes pour le secteur privé, Dakar concentre la plupart des personnels de santé de ce secteur. Ainsi, la région de Dakar concentre plus de 80% des médecins du secteur privé (Ministère de la Santé, 2008). Finalement, la concentration des médecins dans certaines régions provient aussi du fait que les médecins sont surtout appelés à jouer un rôle au niveau des hôpitaux et des centres de santé et non au niveau des postes de santé. En effet, la pyramide sanitaire fait que le premier niveau où l'on rencontre un médecin est le centre de santé qui généralement se situe au niveau départemental (chef lieu du département) à l'exception de moins de 10 centres de santé situés en zones rurales au niveau des communautés rurales qui constituent la collectivité de base la plus décentralisée.

Par contre, en raison du rôle important des sages-femmes dans le cadre des soins de santé primaires au niveau des centres et des postes de santé, il peut paraître plus surprenant que la région de Dakar connaisse une telle concentration de sages-femmes. Les difficultés liées à l'affectation des sages-femmes aux postes de santé (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005) et les nombreuses opportunités d'emplois en milieu urbain, en particulier dans la région de Dakar, peuvent expliquer en partie cette situation. En effet, il arrive que suite à leur affectation par le Ministère de la Santé et de la Prévention dans certaines régions, les sages-femmes décident de ne pas y rester. Par ailleurs, même si des recrutements par les collectivités locales sont possibles sur la base de leurs propres ressources, les disponibilités des personnels sages-femmes dans de nombreuses régions sont souvent déficientes.

De manière générale, les difficultés liées à l'affectation des personnels de santé sont plus marquées dans certaines régions du Sénégal. Ainsi, selon le projet de carte sanitaire du Sénégal, il existe un déficit important de sages-femmes par rapport aux normes du Ministère de la Santé et de la Prévention dans les postes de santé<sup>14</sup> des régions de Tamba, Matam, Kolda, Louga et Fatick (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005). Comme illustré dans la Figure 5, le nombre de sages-femmes dans les postes de santé de ces régions représente moins de 10% du nombre requis selon les normes du Ministère de la Santé et de la Prévention<sup>15</sup>. Même si des chiffres plus récents tendent à montrer une amélioration de la situation, les problèmes d'affectation, de recrutement et de fidélisation dans ces régions demeurent importants. Le nombre de sages-femmes dans les

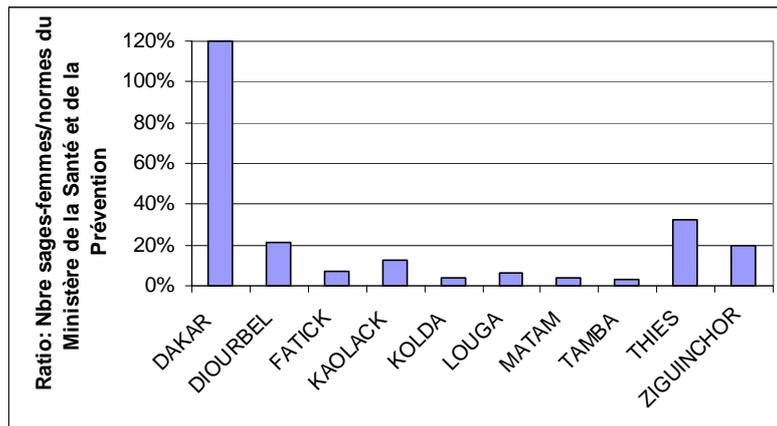
---

<sup>14</sup> Poste de santé avec maternité

<sup>15</sup> La norme est d'une sage-femme par poste de santé avec maternité

postes de santé des autres régions est aussi insuffisant à l'exception de la région de Dakar. En effet, cette dernière région ne semble pas avoir de problème pour disposer de sages-femmes puisque le nombre de ces dernières est même supérieur aux normes du Ministère de la Santé et de la Prévention (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005).

**Figure 5: Nombre de postes effectifs de sages-femmes dans les postes de santé par rapport aux normes du Ministère de la Santé et de la Prévention<sup>16</sup>**



Ces difficultés à disposer de personnel de santé de la part du Ministère de la Santé et de la Prévention sont aussi illustrées à travers le nombre de demandes formulées par les régions concernant leur besoin en personnel de santé<sup>17</sup>. Les données récentes du Ministère de la Santé et de la Prévention indiquent clairement que certaines régions, en particulier celle de Tamba, connaissent des problèmes pour fidéliser les personnels de santé.

Dans ce contexte, il est important de bien connaître les facteurs pouvant contribuer à ces difficultés de recrutement et de fidélisation, ceci en vue de pouvoir mettre en place des politiques permettant une distribution plus équitable des personnels de santé au Sénégal.

### **3.2 Différents facteurs contribuent aux difficultés d'affectation, de recrutement et de fidélisation dans les zones difficiles**

Plusieurs facteurs contribuent à expliquer les difficultés d'affectation, de recrutement et de fidélisation dans les zones difficiles. De manière générale, on distingue les facteurs professionnels, les facteurs personnels et familiaux et les facteurs liés à la communauté. Il est à noter que la plupart de ces facteurs ne sont pas propre au Sénégal mais sont communs, à des degrés divers, à la plupart des pays.

<sup>16</sup> Source: Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005

<sup>17</sup> Il faut toutefois noter que seule les demandes écrites des régions ont été prises en considération. Les chiffres présentés ne prennent donc pas en compte les demandes des régions communiquées de manière orale.

Au Sénégal, parmi les principaux facteurs professionnels, le sentiment d'isolement, voir d'oubli, prévaut souvent parmi les personnes travaillant dans les zones périphériques, en particulier dans les zones rurales et isolées. Le mode de recrutement et d'affectation des personnels de santé au Sénégal peut aussi contribuer à renforcer ce sentiment en raison de l'incertitude liée à la durée du séjour dans ces zones.

## **Boîte 2: Processus de recrutement et d'affectation pour les agents de santé travaillant pour le Ministère de la Santé et de la Prévention.**

Le processus de recrutement et d'affectation des personnels de santé implique différents acteurs et peut se faire à différents niveaux administratifs.

Au niveau du recrutement, on peut distinguer quatre principaux modes de recrutement:

- (i) Le recrutement comme agent de la fonction publique par le Ministère de la Fonction Publique et la mise à disposition auprès du Ministère de la Santé et de la Prévention
- (ii) La contractualisation par le Ministère de la Santé et de la Prévention
- (iii) Le recrutement par les Etablissements Publics de Santé
- (iv) Le recrutement par les collectivités locales et les communautés

(i) Le recrutement d'agents de santé à travers le Ministère de la fonction publique représente le mode de recrutement le plus important. Chaque année un quota d'agents de santé à recruter est établi par le Ministère de la Fonction Publique en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Prévention. Dans ce système, les candidats postulent pour une fonction, par exemple médecin ou infirmier et non pour un poste précis à un endroit précis. Ainsi, au moment où les candidats postulent, ils ne savent pas où ils seront affectés si leur candidature est retenue.

Au niveau de l'affectation, plusieurs modes opératoires existent. Pour les agents sélectionnés à travers le Ministère de la Fonction Publique, ces derniers sont mis à la disposition du Ministère de la Santé et de la Prévention. L'affectation de ces agents de santé peut se faire soit directement par le Ministère de la Santé et de la Prévention où être décidée au niveau régional. Pour les médecins et le personnel des hôpitaux, le ministère de la Santé et de la Prévention est responsable de leur affectation. Pour le personnel des postes et des centres de santé<sup>18</sup>, le Ministère de la Santé et de la Prévention les met à la disposition des Régions. Il revient alors à la commission régionale d'affectation et de redéploiement du personnel qui est composée des médecins chefs de régions et de districts, des syndicats, et du directeur du centre régional de formation d'affecter le personnel dans la région, ceci avec l'accord du gouverneur. Cette commission peut aussi procéder au niveau de la région à des redéploiements de personnel de santé.

Au niveau du district, le médecin chef peut procéder à des réaffectations, ceci avec l'accord du préfet

(ii) A la différence du recrutement à travers le Ministère de la Fonction Publique, la contractualisation permet au Ministère de la Santé et de la Prévention de recruter directement des agents de santé pour des postes bien précis, notamment en terme de localisation géographique.

(iii) Les établissements publics de santé ont aussi la possibilité de recruter directement du personnel de santé.

(iv) Les collectivités locales et les communautés peuvent aussi recruter directement des agents de santé.

Par ailleurs, comme dans de nombreux pays, travailler dans une zone difficile peut dans une certaine mesure représenter un désavantage pour la suite de la 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.

---

<sup>18</sup> À l'exception des médecins

Une insuffisance du plateau technique peut aussi rendre les conditions d'exercices relativement difficiles. 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 poupinel (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005). Pour les régions de Tambacouda, Matam et Kaoloak ces chiffres sont encore plus élevés et atteignent 92%. Par ailleurs, seulement 19% des centre de santé disposent à la fois d'un appareil de radiologie et de radiographie (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005).

Une autre difficulté à laquelle font souvent face les personnels de santé dans les régions difficiles est le manque d'information ou la lenteur dans la transmission des informations, notamment en ce qui concerne les opportunités de formation. De plus, en raison du nombre insuffisant de personnel de santé, il peut être difficile pour ces derniers de s'absenter que cela soit pour des raisons professionnelles ou sociales. Cette insuffisance de personnel contribue aussi à alourdir la charge de travail des personnels de santé.

Parmi les facteurs personnels et familiaux, les question liées à la scolarisation des enfants sont un facteur important. En effet, les possibilités de scolarisation des enfants étant souvent limitées dans les zones difficiles, ceci peut dissuader les agents de santé à aller s'installer dans ce type d'endroit avec sa famille. En raison de ces difficultés liées à la scolarisation des enfants, il arrive couramment que les agents de santé ne viennent pas avec leur famille. Toutefois, cette situation entraîne des coûts supplémentaires importants, notamment au niveau des transports et du logement. Par ailleurs, l'absence de logement ou les difficultés à trouver un logement pour les personnels de santé contribuent aussi aux difficultés d'affectation, de recrutement et de fidélisation même si officiellement le droit au logement pour les n'existe pas pour les personnels de santé au Sénégal. Néanmoins, dans les postes de santé, l'infirmier chef de poste est logé lorsqu'il y a un logement. Un logement pour le personnel de santé est disponible dans 81% des poste de santé avec maternité du Sénégal, ce taux est uniquement de 58% à Kolda, 65% à Ziguichor, et 73% à Diourbel et à Matam (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005).

Finalement, des difficultés d'intégration dans la communauté peuvent aussi contribuer à renforcer les problèmes de fidélisation des personnels de santé dans certaines régions ou districts.

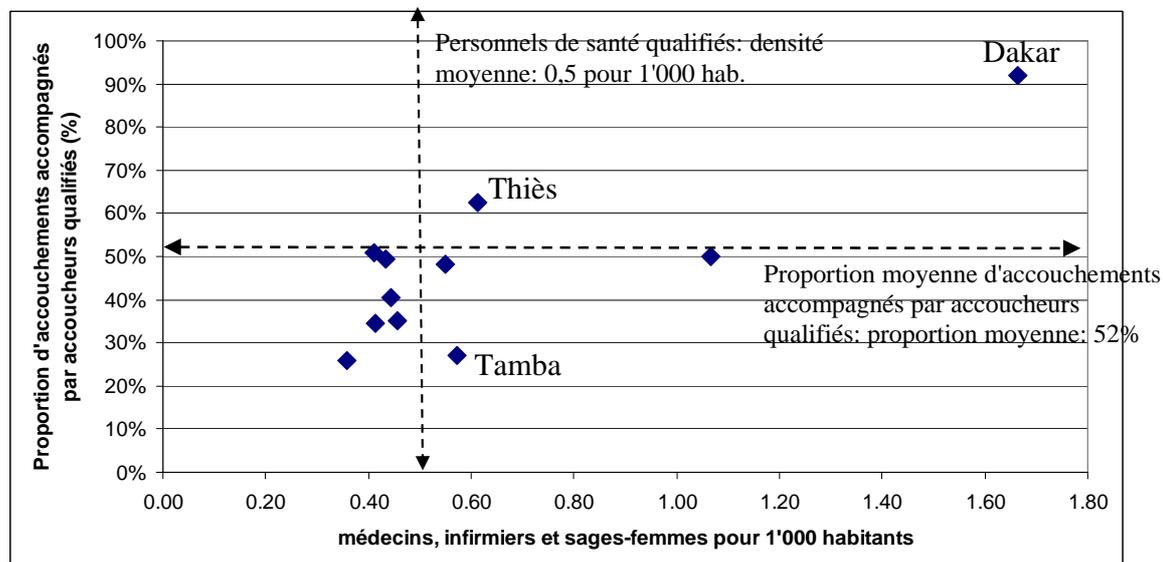
### ***3.3 La distribution géographique des personnels de santé a un impact sur les prestations sanitaires***

En raison du rôle central que les personnels de santé jouent dans le système de santé, la répartition géographique de ces derniers a un impact direct sur le type et le nombre de prestations de soins effectuées. En effet, il est largement prouvé que le nombre et la

valeur du personnel influent de manière positive sur la couverture vaccinale, l'extension des soins de santé primaires ainsi que sur la survie juvéno-infantile (OMS, 2006).

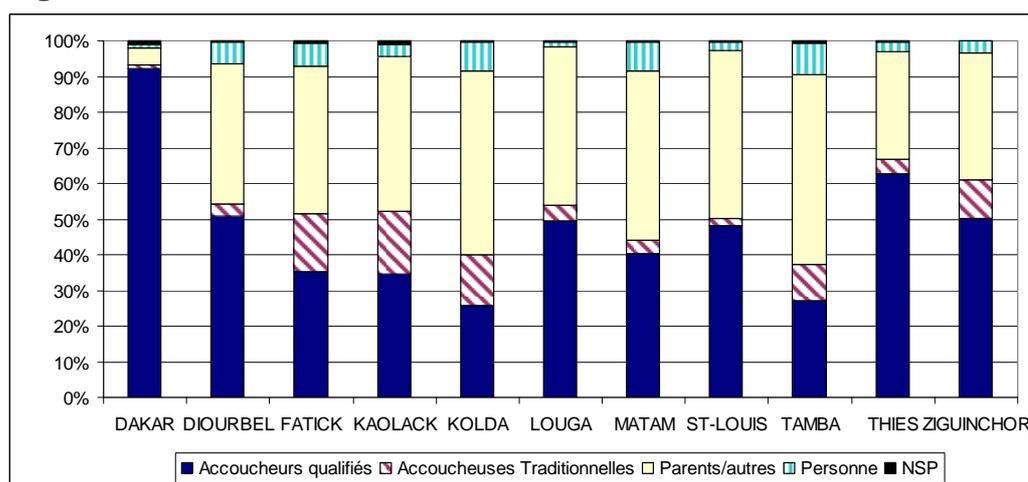
Au niveau des soins de santé primaires, on peut constater de grandes variations entre les différentes régions du Sénégal par rapport à l'assistance lors de l'accouchement comme indiqué dans la Figure 6. De manière générale, on constate que les régions avec une plus grande densité de médecins, infirmiers et sages-femmes ont aussi une proportion plus importante d'accouchements accompagnés par des accoucheurs qualifiés. Sur la base de la Figure 6, quatre principales catégories de région peuvent être identifiées. Une première catégorie inclut les régions avec une densité de personnels de santé qualifiés (médecins, infirmiers et sages-femmes) supérieure à la moyenne nationale de 0.50 pour 1'000 habitants et une couverture pour les accouchements accompagnés par un accoucheur qualifié au dessus de la moyenne nationale de 52%. Dans cette catégorie, on trouve la région de Dakar et dans une moindre mesure celle de Thiès. Une deuxième catégorie comprend les régions au dessous de la moyenne nationale en terme de personnels de santé qualifiés et d'accouchements accompagnés par un accoucheur qualifié. Les régions de Fatick, Kaolack, Kolda et Matam figurent dans cette catégories. Finalement, les deux dernières catégories sont celles dont un des deux paramètres est au dessus de la moyenne nationale tandis que l'autre est au dessous. dont la densité des accoucheurs qualifiés et la couverture pour les accouchements accompagnés par des accoucheurs qualifiés est supérieure à la moyenne nationale. Ainsi, la région de Tamba a une densité de personnels de santé qualifiés au dessus de la moyenne nationale mais une proportion d'accouchements accompagnés par accoucheurs qualifiés au dessous de la moyenne nationale. Les difficultés de communication et l'isolement de certaines communautés dans la région de Tamba pourraient en partie expliquer ces résultats.

**Figure 6: densité médecins, infirmiers, sages-femmes et proportion d'accouchements accompagnés par des accoucheurs qualifiés<sup>19</sup>**



Le rôle des accoucheuses traditionnelles demeure relativement peu important au niveau national comme indiqué par la Figure 7. En effet, seulement environ 8% des accouchements au Sénégal ont lieu avec l'assistance d'accoucheuses traditionnelles. Cependant, cette proportion varie de manière significative d'une région à une autre. Dans les régions de Kaolack et Fatick, plus de 15% des accouchements ont lieu avec l'assistance d'accoucheuses traditionnelles, alors que ce chiffre est inférieur à 5% dans les régions de Dakar, Diourbel, Louga, Matam, Saint Louis et Thiès.

**Figure 7 : Assistance lors de l'accouchement<sup>20</sup>**

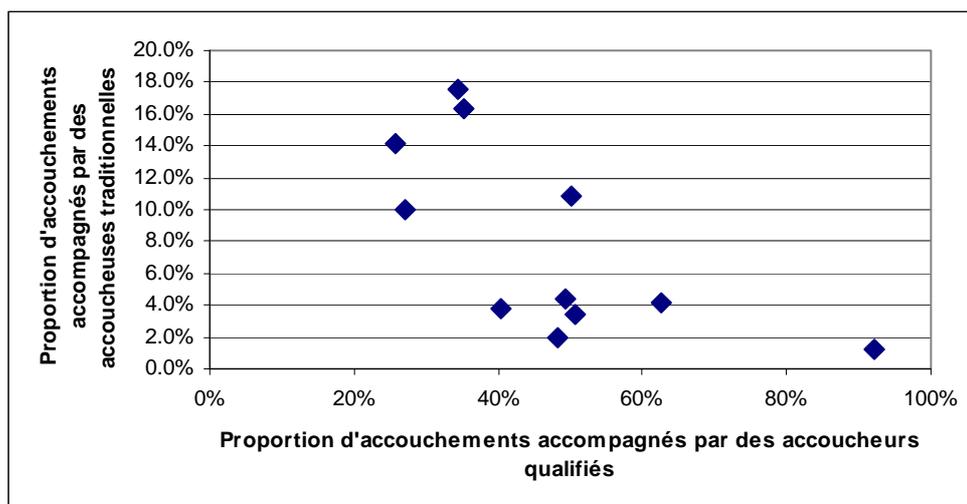


<sup>19</sup> Source: Ministère de la Santé et de la Prévention, communication personnelle; Ndiaye et Ayad (2006)

<sup>20</sup> Source: Ndiaye et Ayad (2006)

On peut aussi constater une tendance à la "substitution" entre accoucheurs qualifiés et accoucheuses traditionnelles comme illustré dans la Figure 8. En effet, les régions avec une proportion moins importante d'accouchements accompagnés par des accoucheurs qualifiés ont une proportion plus importante d'accouchement accompagnés par des accoucheuses traditionnelles.

**Figure 8: Proportion d'accouchement accompagnés par des accoucheuses traditionnelles et par des accoucheurs qualifiés<sup>21</sup>**



En raison du rôle clé des personnels de santé dans le système de santé, il ressort clairement qu'une amélioration de la distribution géographique des personnels de santé permet une réduction des inégalités d'accès aux soins et contribue ainsi au renforcement de la performance du système de santé. Dans ce contexte, différentes mesures ont déjà été adoptées au Sénégal en vue d'améliorer la distribution des personnels de santé. Ces mesures sont l'objet du chapitre suivant.

<sup>21</sup> Source: Ndiaye et Ayad (2006)

## **4. Des stratégies de fidélisation des personnels de santé pour les zones difficiles**

Au cours des dernières années, la question des ressources humaines de la santé, et notamment les problèmes liés aux disparités géographique du personnel de santé ont reçu une plus grande attention du Ministère de la santé et ses partenaires. Différentes mesures ont été initiées en vue d'améliorer le processus d'affectation, de recrutement et de fidélisation dans les zones périphériques. Bien qu'il soit encore trop tôt pour tirer un bilan définitif des ces mesures, elles sont encourageantes. Ces mesures concernent aussi bien la la gestion de ce personnel que la production de personnel qualifié. Dans cette partie, les différentes stratégies adoptées au Sénégal sont examinées.

### **4.1 Le management des personnels de santé**

En ce qui concerne l'amélioration de la gestion du personnel, les stratégies adoptées par le Ministère de la santé se rapportent à différents types de mesures.

#### **Création de la Direction des Ressources Humaines**

La création d'une direction des ressources humaines en 2003 pour une meilleure coordination de la gestion des ressources humaines. La direction a bénéficié d'un transfert de compétences dédiées traditionnellement à la fonction publique. Ces compétences transférées doivent lui permettre de mieux gérer la carrière du personnel de santé notamment ceux qui travaillent dans les zones défavorisés, suivre l'application des textes réglementaires sur les conditions de travail et déconcentrer certaines activités administrative (suivi des dossiers du personnel) au niveau des régions pour une gestion de proximité des agents).

#### **La révision du statut particulier des agents de la santé**

Un statut particulier des agents de santé est en cours d'élaboration au Ministère de la fonction publique. Ce statut doit prendre en compte certaines revendication syndicales au sujet de la création de nouveaux corps de métier, l'évolution des carrières des professionnels de la santé, la formation continue. En outre, de nouveaux corps d'accueil ont été créés pour les catégories de professionnelles suivantes: Assistant Infirmier, Technicien Supérieur; En effet les assistants infirmiers et les techniciens de santé ne pouvaient pas faire une carrière puisque ces travailleurs n'appartenaient pas un corps de métier. Ce problème est une source de démotivation particulièrement pour ceux qui travaillent dans les zones défavorisées.

## **Indemnités d'éloignement et moyens de transports dans les zones défavorisées**

Des indemnités visant à fixer les professionnels de la santé dans les zones difficiles ont été adoptées et mises en œuvre par le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS). Des zones ont été identifiées comme étant particulièrement éloignées et parfois difficiles d'accès dans les régions suivantes : Kolda, Tambacounda, Matam, Ziguinchor. C'est ainsi que la Banque Africaine de Développement à travers le projet santé I et II a développé un volet de motorisation des agents affectés dans les zones difficiles en dotant les postes de santé des îles du Saloum et le long de la vallée du fleuve Sénégal de pirogues motorisés pour l'évacuation rapide des urgences médicales et la supervision des activités (DRH/MSPM,2007).

## **Indemnités spéciales pour les professionnels qui travaillent dans les zones défavorisées**

Les professionnels de la santé qui accepteraient de travailler dans ces zones bénéficieront d'indemnités spéciales. Ce programme en phase d'expérimentation a suscité des réactions très positives parmi les personnels de santé.

## **La contractualisation du personnel**

La contractualisation de personnels de santé a été initiée afin de réduire le déficit en personnel de santé qualifié qui avait entraîné la fermeture de plusieurs postes de santé sur l'étendue du territoire national. Devant cette situation, un plan dénommé « Cobra » a été conçu. Cette stratégie a été rendue possible grâce à la synergie des autorités locales, religieuses coutumières, partenaires au développement et du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. Le processus d'implantation a consisté en une identification des besoins en ressources humaines, une sensibilisation de la population, une mobilisation des partenaires au développement Cette opération a permis de rouvrir dans le pays 122 postes de santé et de renforcer substantiellement les équipes cadre des districts sanitaires. Diverses catégories socioprofessionnelles ont été recrutées et affectés dans les zones difficiles: 6 Médecins, 4 techniciens anesthésiste, 3 techniciens biologiste, 26 infirmiers d'Etat, 45 sages-femmes d'Etat, 259 assistants infirmiers, 26 chauffeurs, 9 secrétaires, soit un total de 378 agents contractualisés dans le cadre du plan « Cobra ». En 2007, c'est la région de Tambacounda suivi des régions de Dakar, Kolda et Ziguinchor qui ont bénéficié de plus de contractuels.

## **Coopération interprofessionnelle pour les soins obstétricaux d'urgence et de néonatalogie**

Le Ministère de la santé a favorisé la coopération interprofessionnelle pour les équipes de travail en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au niveau des districts. Ainsi des blocs opératoires ont été construits dans plusieurs centres de santé. Cette

politique sanitaire vise à réduire le taux de mortalité infantile qui est de 410 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les zones rurales et à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Elle fait suite au constat du déficit important en gynécologue dans les districts sanitaires périphériques. C'est ainsi qu'en collaboration avec la clinique gynéco obstétrique, le programme a permis dans un premier temps, avec le soutien de la Banque Africaine de Développement, de constituer neuf (9) équipes SOU dans les districts sanitaires périphériques. Ces équipes comprennent : Un médecin formé en SOU, un technicien supérieur en anesthésie et réanimation, une sage-femme formée en échographie, un infirmier aide opératoire, un instrumentiste.

## **4.2 La production des personnels de santé**

De nouvelles stratégies ont aussi été adoptées et mises en œuvre afin de d'augmenter la capacité de production des personnels de santé.

### **Ouverture des écoles privées**

En 1996, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale concevait un plan national de formation pour une période de 5 ans suite au constat de la faible capacité de production des écoles de formation et de l'inadaptation des programmes de formation aux besoins en compétences des structures de santé. Ce plan devait favoriser une meilleure adéquation de la formation avec les emplois disponibles. Ainsi, une vingtaine d'écoles privées de formation paramédicales (infirmiers et sages femmes) privées furent créées.

Afin d'accompagner cette initiative, l'Etat a décidé d'inscrire dans le budget général un montant pour l'attribution de subventions aux écoles privées de santé. Depuis 2002, grâce à cette libéralisation le nombre de diplômés des écoles publiques et privées s'est accru pour les sages femmes et les infirmiers.

**Tableau 2: Diplômés des écoles de formation publiques et privées de santé de 2002 à 2006<sup>22</sup>**

<b>Filière<sup>23</sup></b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Infirmiers	86	99	106	235	449
Sages- femmes	38	34	47	85	177

<sup>22</sup> Source: Ministère de la Santé et de la Prévention, 2007

<sup>23</sup> Le choix de ces profils se justifie par le déficit constaté ces dernières années dans ces filières

Au terme de leur cursus scolaire, les étudiants des établissements privés qui remplissent les conditions requises (validation de l'ensemble des cours et des stages) peuvent se présenter au diplôme d'état au même titre que les candidats des écoles publiques. En outre, une commission de vérification pédagogique et administrative des établissements privés de formations professionnelles en santé a été mise en place. Elle procède régulièrement à l'inspection des écoles, sur la base d'un cahier des charges et donne un avis technique au Ministère chargé de la formation professionnelle<sup>24</sup>.

### **Création des centres régionaux de formation en santé (CRFS) et appui du Ministère de la santé**

En 2005, le Ministère de la Santé s'est engagé dans un processus de création des centres de formation régionaux pour les professions para-médicales dans le but de recruter des professionnels de la santé qui vivent dans la région où ils ont été formés et d'augmenter la disponibilité des professionnels de santé sur le marché. Des centres furent ouverts à Kaolack, Saint-Louis, Tambacounda, Thiès, Kolda et Ziguinchor. Le centre de Matam a été ouvert récemment grâce au financement de la Banque Africaine de Développement. Depuis leur ouverture, les CRFS ont formés des assistants infirmiers. En 2007, ces écoles ont ouvert de nouvelles filières pour la formation des infirmiers et des sages femmes d'Etat.

Ces CRFS ont pour mission d'assurer la formation initiale et continue des personnels de santé, de participer à l'organisation, la supervision et la coordination des stages des étudiants, d'initier et de favoriser des études et des recherches opérationnelles visant la promotion de la santé. La conception des contenus pédagogiques des programmes de formation a été financé en partie par la coopération bilatérale japonaise « JICA » à travers le Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines dans le domaine de la Santé (PADRHS) et des partenaires espagnoles à travers « l'ONG Infermeras para el mundo ». Les CRFS bénéficient de l'apport de pools régionaux de formateurs.

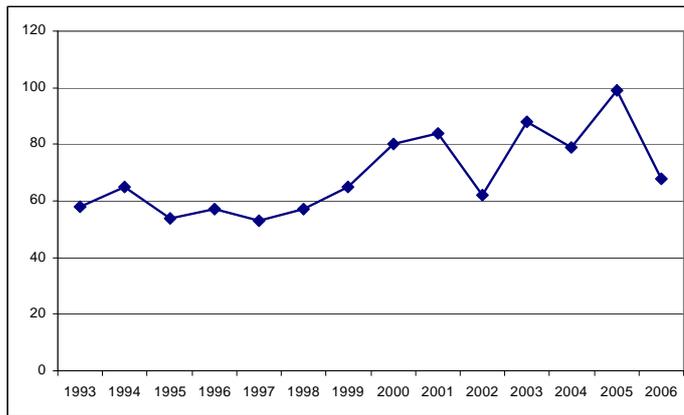
### **Augmentation du nombre de médecins**

Le nombre annuel de médecins diplômés au Sénégal a augmenté de manière relativement régulière au cours de ces dernières années. De 60 diplômés par année en moyenne durant les années 1990, ce chiffre est passé à environ 80 depuis les années 2000 (voir figure 9). Par ailleurs, une augmentation du nombre de médecins diplômés est aussi attendue en raison de l'ouverture de nouvelles facultés de médecine dans le pays, notamment à Thiès et St-Louis, de même qu'à Ziguinchor. Le secteur privé joue aussi un rôle dans l'extension de l'offre de médecins puisque l'école de médecine de Ziguinchor sera privée et que Dakar compte déjà une école de médecine privée.

---

<sup>24</sup> Entretien avec conseiller à la formation DRH/MSPM, 2007

**Figure 9 : Nombre de médecins diplômés<sup>25</sup>**



### **Incitations financières pour les enseignants des écoles publiques**

Une autre mesure visant à motiver les enseignants des écoles de formation publique de la santé a été de renforcer leur régime indemnitaire à l'instar du personnel enseignant de l'éducation nationale. C'est ainsi que les indemnités d'enseignement et de sujétion ont été attribuées aux enseignants permanents des écoles de formation paramédicales publiques qui travaillent à Dakar et dans les régions,

### **Soutien financier aux Etudiants**

En ce qui concerne le soutien financier aux étudiants le nombre de bourses de formation disponible par année et leur montant a été augmenté pour les institutions publiques de formation. Les étudiants des centres régionaux de formation ont pu bénéficier de ces bourses. Il est intéressant de noter la prise en charge financière des allocations de stage rural des internes, CES et étudiants de 7<sup>ème</sup> année de médecine ainsi que le renforcement des capacités des personnels de santé à travers l'octroi de bourses de formation de stage de perfectionnement et pour des participations à des rencontres scientifiques et techniques ou voyages d'études. L'augmentation du budget alloué aux ressources humaines pour la santé a permis d'augmenter les bourses aux étudiants et d'améliorer les compétences des enseignants.

---

<sup>25</sup> Source: Camara et Ndiaye (publication en cours)

## **5: Améliorer la distribution géographique des personnels de santé**

Les mesures récentes adoptées par le Ministère de la Santé et de la Prévention sont importantes en vue d'améliorer le recrutement et la fidélisation dans les zones périphériques. Toutefois, d'autres mesures laissent aussi entrevoir de réelles possibilités d'améliorer le processus l'affectation, le recrutement et la fidélisation dans les zones difficiles. Ces différentes mesures sont présentées et discutées dans ce chapitre.

### ***5.1 Différentes pistes sont possibles***

Parmi les mesures envisagées, le renforcement des incitations financières figure en bonne place. De manière générale, les incitations financières sont parmi les mesures les plus utilisées par les pays faisant face à des problèmes de distribution géographique des personnels de santé. L'expérience pilote du Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal avec la prime d'éloignement a été accueillie avec beaucoup d'intérêts et d'attention par le personnel soignant. Cette expérience laisse entrevoir d'intéressantes perspectives quant au potentiel d'une telle approche en vue d'améliorer l'affectation, le recrutement et la fidélisation dans les zones difficiles. L'établissement de critères précis définissant les ayants-droits et le montant de la prime permettrait de mieux refléter la diversité des situations des personnels de santé dans les zones périphériques. De plus, des primes différenciées selon le degré de ruralité et d'isolement pourraient aussi être considérées. Un facteur important pour le succès de ces mesures est la continuité et la pérennité de ces dernières. En effet, l'interruption de telles mesures pourrait susciter une certaine déception parmi les personnels santé et en dissuader d'autres d'aller travailler dans des zones difficiles. Ainsi, les contraintes budgétaires sur le court et le plus long terme doivent bien être prises en considération dans le cadre de mesures incitatives financières.

Il existe peu d'études sur l'impact des incitations financières pour les personnels de santé dans les pays en voie de développement. Si dans les pays industrialisés, l'impact de ces mesures semble plutôt mitigé, surtout sur le long terme, l'impact potentiel de ces mesures dans les pays en voie de développement pourrait être plus important. Toutefois, il est vrai que comme dans les pays développés, les incitations financières ne seront pas suffisantes pour contribuer à améliorer de manière durable le recrutement et la fidélisation dans les zones périphériques.

Parmi les incitations non-financières, l'amélioration des conditions de travail, notamment à travers le renforcement du plateau technique, de même qu'une meilleure reconnaissance du travail effectué par les personnels de santé dans les zones difficiles sont aussi à même

d'améliorer l'affectation, le recrutement et la fidélisation. La consolidation du plateau technique semble tout particulièrement indiqué en vue de renforcer les mesures d'accompagnement des nouveaux districts sanitaires. La création de nouveaux districts sanitaires dans des zones défavorisées est un moyen permettant de renforcer le système de santé, en raison des normes à respecter en terme du nombre de centres et de postes de santé au niveau du district. Ainsi, plusieurs districts sanitaires ont été créés dans les régions de Tamba, Matam, Kaolack, St-Louis et Ziguinchor au cours de ces dernières années. Toutefois, le développement de ces districts n'est pas toujours facile. Afin d'assurer un bon fonctionnement de ces nouveaux centres et postes de santé, il est donc important de bien renforcer les mesures d'accompagnement afin de créer de bonnes conditions de travail. Parmi les autres incitations non-financières, une meilleure reconnaissance au niveau national du travail des personnels de santé présents dans les zones difficiles permettrait de mieux valoriser le travail effectué dans ces zones. L'attribution de décorations et de titres honorifiques qui est courant dans d'autres domaines pourrait aussi être considérée, de même que la participation aux missions d'encadrement aux pèlerinages sur les lieux saints de l'Islam et de la Chrétienté, pour les personnels de santé servant dans ces zones difficiles. Dans cette optique, les avantages du travail dans les zones difficiles pourraient être mieux mis en valeur. Ainsi, les personnels de santé travaillant dans ces régions ont souvent plus de responsabilités, un travail plus diversifié leur permettant d'acquérir une riche et solide expérience professionnelle, et aussi bénéficie le plus souvent d'une forte reconnaissance au niveau de la communauté.

Une autre approche plus orientée vers le moyen et long terme est le renforcement de la mise en place de programmes de formation adaptés à la pratique rurale et permettant d'améliorer les compétences des personnels de santé pour la pratique dans ces zones. Ces programmes de formation en milieu rural et isolé ont aussi l'avantage de faire mieux connaître ces régions à des étudiants dont la plupart viennent souvent de milieux urbains. Bien que ce type de stage existe déjà, cette approche pourrait être renforcée, notamment par une application plus systématique du stage rural, une augmentation de leur nombre et une plus grande diversification dans le type de stage proposé.

De manière similaire, la continuation du processus de décentralisation des écoles publiques de formation pour les soins infirmiers devrait permettre d'augmenter le nombre d'étudiants issus de zones périphériques. Ceci est d'autant plus important que de nombreuses études montrent qu'il est plus facile de fidéliser dans les zones rurales et isolées des personnes originaires de ces régions. Dans ce contexte, les discussions actuelles sur la décentralisation des examens d'entrée pour les écoles de soins infirmiers sont très encourageantes car cela permettrait d'avoir une meilleure représentation d'étudiants provenant de zones périphériques dans les écoles de soins infirmiers. En effet, le système actuel pénalise les candidats provenant de régions périphériques car ces derniers doivent se rendre à Dakar pour passer le concours d'entrée.

Au niveau du processus d'affectation des personnels de santé, la mise sur pied d'un plan de relève et de mobilité des personnels de santé est aussi une mesure susceptible d'avoir un impact positif sur le long terme. L'idée d'un tel plan est de faciliter la mobilité des personnels de santé sur la base de critères précis. Par exemple, avoir une expérience professionnelle dans une zone difficile pourrait être un des critères retenus. Ainsi, les personnes au bénéfice d'une expérience professionnelle en zone difficile augmenteraient leur chance de réaffectation. Un tel plan pourrait améliorer la transparence du processus d'affectation. Il apporterait aussi une réponse à certaines des préoccupations exprimées par des personnels de santé travaillant dans les zones périphériques, notamment le sentiment d'être "un peu oublié" ou le fait d'être très incertain quant à la période de temps à passer dans une zone isolée. Le plan développé par le Ministère de l'Éducation pour les enseignants pourrait servir de modèle.

### **Boîte 3: Modèle du Ministère de l'Éducation pour la relève et la mobilité des enseignants<sup>26</sup>**

Le Ministère de l'Éducation a développé un modèle au niveau national pour la relève et la mobilité des enseignants. En raison des similitudes des problématiques pour affecter, recruter et fidéliser les enseignants dans les zones difficiles, ce modèle peut apporter des éléments intéressants pour le développement d'un plan de relève et de mobilité pour les personnels de santé.

Dans le cadre de ce modèle, dans un premier temps, les personnes ayant fini leurs écoles de formation sont affectées en fonction des besoins. Toutefois, elles ont la possibilité de formuler quatre choix de préférence. Le classement obtenu par les étudiants lors de leurs examens finaux est pris en compte lors du choix du lieu initial d'affectation.

Après avoir été en fonction pendant au moins deux ans, l'enseignant a la possibilité de signaler son intérêt à être réaffecté. Ceci est communément appelé "l'expression de déclaration de poste susceptible d'être vacant". Cette déclaration peut être faite une fois par année durant le mois de décembre. Dans le cadre de cette déclaration, l'enseignant indique son intérêt à être réaffecté sans toutefois indiquer son lieu de préférence. Par la suite, cette information est collectée au niveau national et synthétisée au Ministère de l'Éducation. Puis, un "miroir" des postes susceptibles d'être vacants est publié au mois de mai, de même que la liste effective des postes vacants. Ces informations sont alors envoyées à toutes les écoles et sont aussi mises à disposition sur le site internet du Ministère de l'Éducation. Ainsi, les enseignants peuvent prendre connaissance des postes susceptibles d'être vacants et du lieu de ces postes. Ils peuvent alors formuler une demande de mutation sur laquelle peut figurer quatre postes classés par ordre de préférence. Ces demandes de mutation sont ensuite envoyées au Ministère de l'Éducation.

Les postes sont attribués sur la base de différents critères dont les principaux sont les suivants:

- . L'ancienneté dans la fonction publique
- . L'ancienneté dans le corps actuel
- . La zone de travail
- . L'évaluation par le supérieur
- . Chargé de famille.

Un système de points a été établi pour chacun de ces critères. Par exemple, chaque année d'ancienneté donne droit à un point. Ce système valorise aussi le travail des enseignants présents dans les zones de travail difficiles et isolées puisque ces derniers ont droit à 4 points. Si plusieurs personnes ont fait une demande de mutation pour le même poste, la personne avec le plus de points aura la priorité.

<sup>26</sup> Source: Communication Personnelle, Ministère de l'Éducation

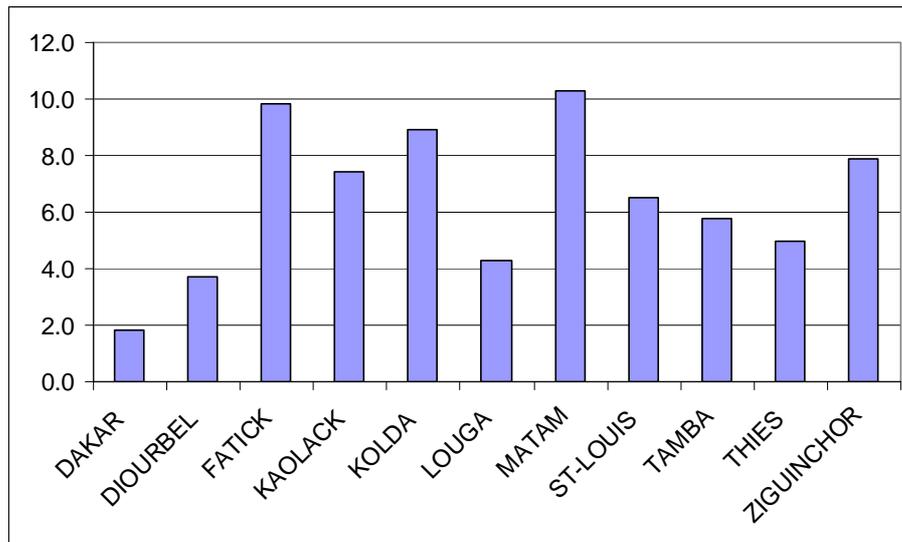
Toutes les données concernant les demandes de mutations sont saisies au Ministère de l'Éducation lors des assises nationales qui ont lieu chaque année au mois de juin. Une commission paritaire constituée des représentants des syndicats et du Ministère de l'Éducation participent à la saisie des données. Un programme informatique développé spécialement pour le Ministère de l'Éducation permet de réaffecter les personnes en fonction des postes susceptibles d'être vacants, des demandes de mutation et des critères retenus concernant le profil des postulants.

Les résultats sont ensuite présentés à la commission paritaire. En 2008, sur environ 4,300 personnes qui ont fait une demande de réaffectation, 1 776 ont pu être satisfaites. Les personnes dont la demande ne peut être satisfaite en sont informées.

Dans un contexte parfois caractérisé par des difficultés dans la transmission des informations en particulier vers le personnel de santé des zones périphériques, l'amélioration de l'information destinée à ces personnes est aussi une approche à considérer avec attention. La production d'un guide destiné aux personnes nouvellement recrutées et la nomination d'un point focal pour les ressources humaines dans chaque région du Sénégal sont deux mesures pouvant contribuer à améliorer l'information aux personnels de santé. La remise d'un guide aux personnes nouvellement recrutées permettrait de standardiser l'information destinée aux personnels de santé et surtout de s'assurer que les informations essentielles soient à la disposition immédiate de ces personnes. Par ailleurs, la nomination d'une personne focale pour les ressources humaines dans chacune des régions devrait permettre un meilleur relais de l'information entre le Ministère de la Santé et de la Prévention et les districts sanitaires. En effet, l'identification d'une personne précise au niveau régional pour les questions ayant trait aux ressources humaines faciliterait les contacts avec les districts isolés. Une telle personne pourrait entre autre s'occuper du traitement des questions administratives liées à l'évolution des carrières des agents de santé qui bien souvent sont obligés de venir à Dakar. Ces déplacements nécessitent du temps et impliquent un coût financier. De plus, si ces postes de santé comptent qu'un seul agent de santé, il est fort possible que le poste doive être fermé durant l'absence de l'agent de santé en raison des difficultés d'assurer un service de remplacement. A plus long terme, une telle personne pourrait aussi contribuer à développer le recrutement au niveau régional.

Une autre piste est l'attribution de nouvelles responsabilités à certaines catégories de personnels de santé afin de mieux faire face aux pénuries de santé dans les zones difficiles. Ainsi, en terme de nombre d'infirmiers par médecin, on peut noter de grandes variations entre les différentes régions du Sénégal (voir figure 10). Si en raison de la concentration des médecins à Dakar, il n'est pas surprenant que la région de Dakar ait le ratio le plus bas, il n'en demeure pas moins qu'il existe des écarts importants entre les régions de Fatick et Matam (environ 10 infirmiers par médecins) et celles de Diourbel et Louga (moins de 5 infirmiers par médecins). Ces écarts laissent entrevoir des possibilités de réorganisation des tâches entre médecins et infirmiers en vue de mieux refléter les diversités inter régionales en terme de densité des médecins et infirmiers.

**Figure: 10: Nombre d'infirmiers par médecin<sup>27</sup>**



Si pour la plupart des mesures discutées ci-dessus, le ministère de la Santé et de la Prévention a un rôle central à jouer, une approche plus intersectorielle est aussi importante à considérer. En particulier, un renforcement de la collaboration avec d'autres ministères et collectivités locales devrait faciliter le développement de stratégies globales pour tous les agents de la fonction publiques et non uniquement pour les personnels de santé, notamment pour les questions liées au logement, à l'accès à l'eau courante et à l'électricité, aux infrastructures routières et à l'école pour les enfants. Tous ces facteurs participent à la motivation et à la fidélisation des agents de santé.

## **5.2 Un renforcement de l'offre en personnels de santé**

Les disparités géographiques actuelles dans la répartition des personnels de santé soulignent l'importance de continuer à développer des mesures permettant une distribution plus équitable des personnels de santé au niveau national. Toutefois, dans un contexte de pénurie aigue de personnels de santé au niveau national, une "simple redistribution" des personnels de santé pourrait ne pas être suffisante sur le long terme. Une telle approche pourrait aussi dans une certaine mesure contribuer à simplement "déplacer" les inégalités. Ainsi, il est aussi important de considérer un renforcement de l'offre en personnels de santé sur le long terme. Différentes pistes sont possibles et sont présentées dans ce chapitre. Cependant, toute augmentation de l'offre en personnels de santé doit aussi être accompagnée de mesures visant à une meilleure répartition géographique de ces derniers. En effet, en l'absence de telles mesures, un renforcement de l'offre en personnels de santé risquerait d'être relativement limité et pourrait même

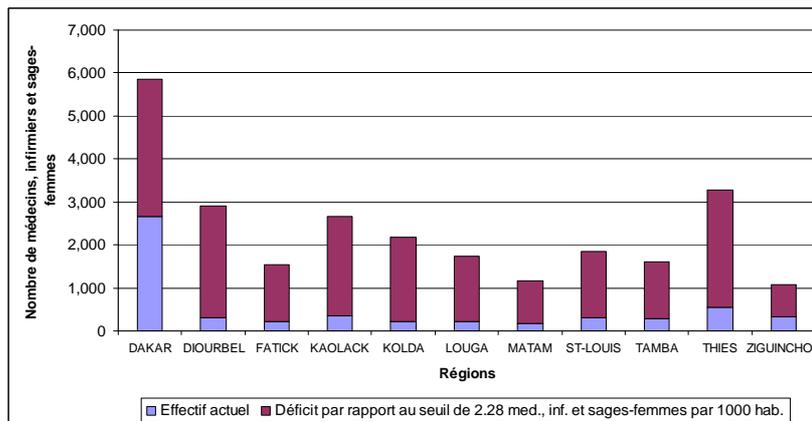
<sup>27</sup> Source: Ministère de la Santé et de la Prévention, 2008

dans certains cas mener à une aggravation des inégalités si les nouveaux agents de santé restent en milieu urbain et notamment dans la capitale.

Selon le rapport sur la santé dans le monde 2006 de l'OMS, le Sénégal figure parmi les 57 pays ayant une pénurie aigue des personnels de santé. En effet, avec une densité combinée de médecins, infirmiers et sages-femmes de 0,50 pour 1,000 habitants, le Sénégal est bien au dessous du chiffre de 2.28, qui est le seuil estimé comme nécessaire pour atteindre une couverture de 80 % pour les accouchements accompagnés par un accoucheur qualifié. Cependant, il faut noter que l'estimation des pénuries de personnels de santé est un exercice complexe et souvent sujet à discussion en raison des méthodes et des données utilisées. De plus, dans le cadre d'une évaluation des pénuries au niveau mondial, il est très difficile de tenir compte des spécificités de chaque pays et de celles au sein de chaque pays. Par exemple, bien que la région de Dakar ait une couverture de plus de 80% pour les accouchements accompagnés par un accoucheur qualifié, la densité combinée de médecins, infirmiers et sages-femmes pour 1'000 habitants est inférieure à ce fameux seuil de 2.28. Néanmoins, ce type de norme a l'avantage d'être relativement facile à estimer, de permettre de quantifier de manière précise les déficits en personnels et de faciliter les comparaisons au niveau international ou national. Sur la base de l'approche utilisée par l'OMS, le Sénégal devrait avoir un nombre total de médecins, infirmiers et sages-femmes de 25'000 pour pouvoir atteindre une densité de 2.28 pour 1,000 habitants. Actuellement, le Sénégal aurait donc un déficit combiné d'environ 20'000 médecins, infirmiers et sages-femmes. En d'autres termes, cela signifie que l'effectif actuel devrait augmenter d'environ 350 % pour atteindre ce seuil de 2.28 pour 1'000 habitants.

Une analyse similaire peut être faite au niveau de chaque région du Sénégal. Il est vrai que ce type d'estimation demeure très théorique, ceci en raison des spécificités régionales et de la très forte improbabilité de voir un jour les différentes régions du Sénégal avoir la même densité de personnels de santé. Toutefois, comme indiqué dans la Figure 11, les résultats permettent de constater l'importance du déficit à combler pour chaque région en vue d'atteindre ce seuil de 2.28 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 1 000 habitants.

**Figure 11 : Médecins, infirmiers et sages-femmes: Effectifs actuels et déficit à combler<sup>28</sup>**



Il ressort de ces chiffres qu'un renforcement de l'offre en personnels de santé peut offrir un potentiel intéressant en vue d'améliorer la distribution géographique de ces derniers. Toutefois, sur le court terme, un objectif de 2.28 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 1'000 habitants apparaît difficilement réalisable.

Différentes approches peuvent être envisagées en vue d'augmenter l'offre. Une première approche consisterait à accélérer la production de personnels de santé. Une telle approche permettrait de bien renforcer le système de santé dans le moyen et long terme. Toutefois pour que cette stratégie puisse être vraiment efficace, il faudrait que l'augmentation du nombre d'étudiants s'accompagne aussi d'une augmentation du nombre de place de stages dans les hôpitaux et centre de santé, en particulier pour les médecins, infirmiers et sages-femmes. Les implications budgétaires d'une telle approche devraient être bien examinées en raison du coût élevé de la formation des personnels de santé. Par ailleurs, en raison de la durée de la formation, notamment celle des médecins, une telle approche ne produira pas de résultats immédiats.

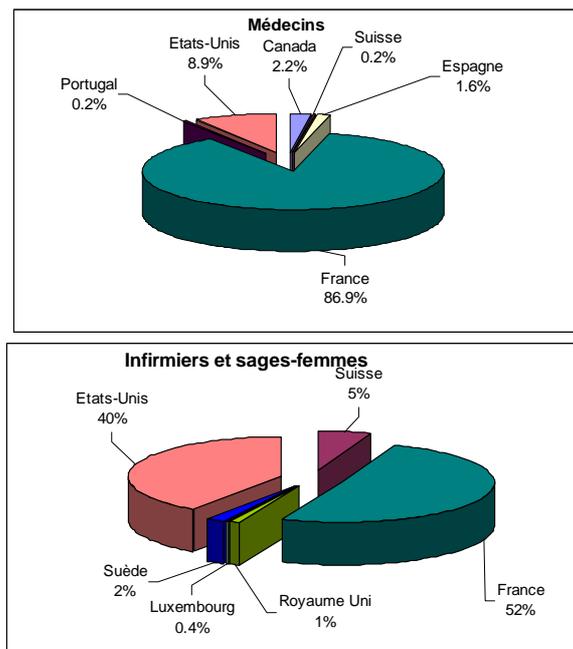
Une autre piste pourrait être le recrutement des personnes formées comme personnel de santé mais ne travaillant pas ou travaillant dans un autre secteur. En raison des programmes d'ajustement structurels durant une partie des années 1980 et 1990, le recrutement dans la fonction publique a été fortement réduit pour certaines professions, notamment les médecins. Il existe peu d'informations sur le nombre de personnes formées comme personnel de santé et ne travaillant pas dans la santé ou exerçant une autre profession. Toutefois, l'écart entre le nombre de postes mis au concours récemment lors des campagnes de recrutement dans la fonction publique et le nombre de postulants suggère que la "réserve" de personnel de santé n'est pas si importante que cela. Par exemple, en 2005, sur 85 postes de médecins spécialistes mis au concours dans le cadre

<sup>28</sup> Source: Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005

du recrutement par le Ministère de la Fonction Publique, seul 47 candidats ont postulé (Ministère de la Fonction Publique, communication personnelle). Pour les médecins généraliste, sur 118 postes mis au concours, 91 candidats ont postulé (Ministère de la Fonction Publique, communication personnelle). Toutefois, pour les infirmiers, le nombre de candidats a été plus important que le nombre de postes mis au concours, 63 places pour 83 candidats (Ministère de la Fonction Publique, communication personnelle).

L'émigration des personnel de santé pourrait expliquer en partie cette situation. Ainsi, une autre piste pourrait consister à favoriser le retour des personnels de santé qui ont quitté le Sénégal. Ainsi, dans les pays de l'OCDE qui représentent les principaux pays d'accueil pour les travailleurs migrants, on dénombre un total 449 médecins nés au Sénégal, et 256 infirmiers et sages-femmes nés au Sénégal (Dumont et Zurn, 2007). La France représente le principal pays de destination pour les médecins, infirmiers et sages-femmes comme indiqué dans la Figure 12.

**Figure: 12: Médecins et infirmiers, sages-femmes nés au Sénégal dans les pays de l'OCDE<sup>29</sup>**



Même si cela est très hypothétique, le retour temporaire ou définitif d'une partie de ces professionnels en santé offrirait un moyen de renforcer le système de santé du Sénégal notamment grâce aux nouvelles compétences acquises à l'étranger. Néanmoins, cela serait toujours insuffisant pour atteindre un objectif de 2.28 médecins, infirmiers et sages-femmes pour 1'000 habitants.

<sup>29</sup> Source: Dumont et Zurn (2007)

Une approche différente consisterait à faciliter le recrutement de personnels de santé étrangers. Une telle approche aurait l'avantage d'avoir un impact plus rapide que l'accélération de la formation des personnels de santé. Dans ce contexte, on peut noter que le Sénégal compte un nombre important d'étudiants étrangers en faculté de médecins et en stage de spécialisation. Cependant, la réglementation actuelle limite fortement les possibilités pour les personnels de santé étrangers de travailler au Sénégal même si la contractualisation offre des opportunités pour les étrangers. En 2008, sur 16 médecins contractuels, 9 sont des étrangers (Ministère de la Santé et de la Prévention, communication personnelle. En effet, il faut être de nationalité sénégalaise pour travailler dans la fonction publique ou pour ouvrir un cabinet privé. Toutefois, l'immigration de personnel de santé en direction du Sénégal pourrait devenir plus importante dans le future notamment dans le cadre de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA).

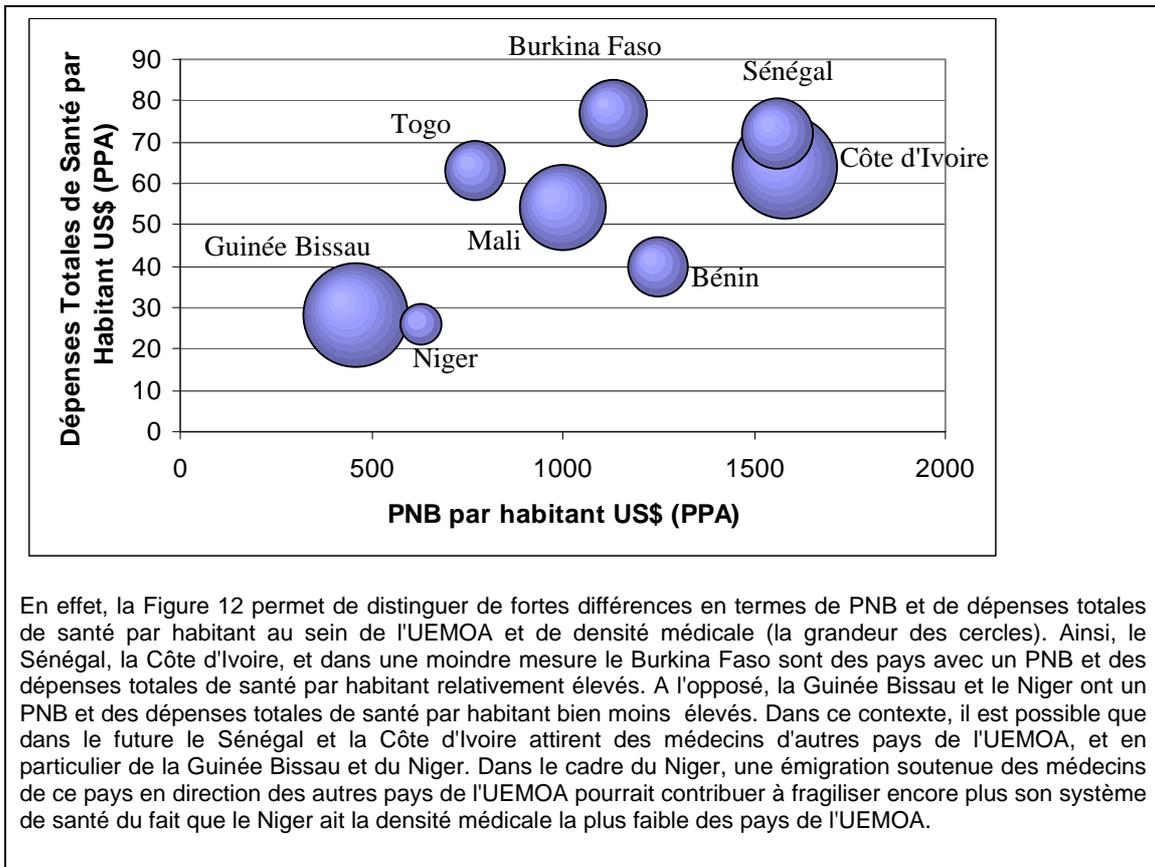
#### **Boîte 4: L'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine: Vers une émigration des médecins en direction du Sénégal ?**

L'UEOMA a été créée à Dakar le 10 janvier 1994 par les Chefs d'Etat et de Gouvernement des sept pays de l'Afrique de l'Ouest ayant en commun l'usage d'une monnaie commune, le Franc CFA. Il s'agit du Bénin, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, du Mali, du Niger, du Sénégal et du Togo. Le Traité est entré en vigueur le 1er août 1994, après sa ratification par les États membres. Le 2 mai 1997, la Guinée-Bissau est devenue le 8ème État membre de l'Union

Parmi les objectifs de l'UEMOA figure la création entre états membres d'un marché commun basé sur la libre circulation des personnes, des biens, des services, des capitaux et le droit d'établissement des personnes exerçant une activité indépendante ou salariée, ainsi que sur un tarif extérieur commun et une politique commerciale.

Dans le cadre de la libre circulation, la directive N° 06/CM/UEMOA vise à faciliter à la libre circulation et l'établissement des médecins ressortissants de l'Union au sein de l'espace UEMOA. Cette directive prévoit sous certaines conditions la libre circulation des médecins de l'Union dans l'UEMOA. Pour le moment, le nombre de médecins étrangers au Sénégal est peu important et on ne dénombre pas de migration importante de médecins étrangers en direction du Sénégal. Le fait que pour le moment la nationalité Sénégalaise soit requise pour travailler dans la fonction publique ou pour ouvrir un cabinet médical privé est certainement un élément limitant fortement la migration. Néanmoins, il est vraisemblable que dans le cadre de la directive N° 06/CM/UEMOA,, les modalités liées à l'installation de médecins dans la zone UEOMA au Sénégal soient assouplies dans le futur. Même si il n'est pas facile de prévoir quel sera l'impact à long terme de cette directive, le Sénégal pourrait attirer des médecins des autres pays de l'UEMOA en raison de sa situation économique et politique.

**Figure 13: Dépenses totales de santé par habitant US\$ (PPA), PNB par habitant US\$ (PPA), et densité médicale<sup>30</sup>**



En effet, la Figure 12 permet de distinguer de fortes différences en termes de PNB et de dépenses totales de santé par habitant au sein de l'UEMOA et de densité médicale (la grandeur des cercles). Ainsi, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, et dans une moindre mesure le Burkina Faso sont des pays avec un PNB et des dépenses totales de santé par habitant relativement élevés. A l'opposé, la Guinée Bissau et le Niger ont un PNB et des dépenses totales de santé par habitant bien moins élevés. Dans ce contexte, il est possible que dans le future le Sénégal et la Côte d'Ivoire attirent des médecins d'autres pays de l'UEMOA, et en particulier de la Guinée Bissau et du Niger. Dans le cadre du Niger, une émigration soutenue des médecins de ce pays en direction des autres pays de l'UEMOA pourrait contribuer à fragiliser encore plus son système de santé du fait que le Niger ait la densité médicale la plus faible des pays de l'UEMOA.

<sup>30</sup> Source: OMS, 2008; Banque Mondiale, 2008

## Conclusion

Le recrutement, l'affectation et la fidélisation des personnels de santé dans les zones rurales, isolées ou plus généralement difficiles est une problématique importante au Sénégal. En effet, de fortes disparités dans la répartition des personnels de santé sont observées. La région de Dakar concentre plus de la moitié des médecins et des sages-femmes du Sénégal alors que d'autres régions, notamment les plus pauvres, ont des densités très faibles de personnels de santé. La faiblesse de la densité des personnels de santé dans ces régions a un impact sur le nombre et la qualité des prestations sanitaires.

Il ressort clairement que différents facteurs contribuent à expliquer ces disparités au niveau de la répartition géographique des personnels de santé au Sénégal. Des facteurs professionnels, personnels et familiaux et des facteurs liés à la communauté ont été identifiés. Parmi ces facteurs, il est à noter que le sentiment d'isolement prévaut souvent parmi les agents de santé travaillant dans les zones difficiles, ce sentiment est aussi renforcé par le manque d'information ou la lenteur dans la transmission des informations. L'insuffisance du plateau technique et les problèmes liés au logement et à la scolarisation des enfants sont aussi des facteurs importants.

Les récentes mesures adoptées par le Ministère de la Santé et de la Prévention en vue d'améliorer la répartition des personnels de santé au Sénégal sont très encourageantes. Même si il est encore trop tôt pour faire le bilan de ces mesures, dont certaines en sont encore à un stade initial, il est intéressant de constater que ces mesures sont de différentes natures et incluent aussi bien des éléments de court que de long terme. Ces mesures méritent d'être poursuivies et renforcées. Par ailleurs, d'autres éléments en cours de discussion sont aussi très encourageants. Parmi ces derniers, la volonté de renforcer les ressources humaines de la santé par le Ministère de la Santé dans le cadre de la finalisation du Programme Nationale de Développement Sanitaire 2009-2018. En effet, parmi les enjeux et défis identifiés figure celui de la motivation des personnels travaillant dans les zones difficiles.

En raison de l'importance des disparités géographiques dans la répartition des personnels de santé et de leur impact sur le système sanitaire, il est aussi crucial d'envisager de nouvelles mesures dont certaines sont déjà invoquées dans le PNDS. Parmi ces mesures qui laissent entrevoir des possibilités d'améliorer l'affectation et la fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles figurent la mise en œuvre d'un plan de relève et de mobilité des personnels, de même que le renforcement des incitations financières et non-financières figurent en bonne place. Par ailleurs, une approche plus intersectorielle semble aussi très adaptée dans le contexte du Sénégal. Elle permet notamment la prise en compte des questions liées au logement, à l'accès à l'eau courante et à l'électricité, aux infrastructures routières et à l'école pour les enfants. Finalement, dans un contexte de

pénurie générale des ressources humaines pour la santé au niveau national, un renforcement sur le long terme de l'offre en personnels de santé est aussi à considérer.

## Bibliographie

Banque Mondiale (2008) World Development Indicators Database, Banque Mondiale, Washington,

Camara B. et Ndiaye C. (publication en cours) Etude statistique sur l'émigration des professionnels de la santé au Sénégal, Bureau Internationale du Travail, Genève

Dumont J.-C. and Zurn P. (2007), Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration, in International Migration Outlook, SOPEMI, Paris

Ministère de la Santé et de la Prévention Médical (2005), Carte Sanitaire du Sénégal, Dakar

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2007), Service National de l'Information Sanitaire: Annuaire Statistique 2006, Dakar

Ndiaye S. et Ayad M. (2006), Enquête Démographique et de Santé: Sénégal 2005, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Dakar

OMS (2008), Statistiques Sanitaires Mondiales, Organisation Mondiale de la Santé, Genève

OMS (2006), Rapport sur la Santé dans le Monde: Travailler ensemble pour la santé, Organisation Mondiale pour la Santé, Genève

PNUD, Rapport Mondial sur le développement humain dans le monde, Programme des nations unies pour le développement, New York, 2007