

CHAPITRE 1

CARACTÉRISTIQUES DU PAYS ET ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Amadou Hassane Sylla et Aliou Gaye

1.1 Contexte géographique, historique et économique

1.1.1 Géographie

Le Sénégal, qui couvre une superficie de 196 722 km, est un pays de l’Afrique de l’Ouest situé dans la zone soudano-sahélienne. Il est limité, au nord, par la République Islamique de Mauritanie, à l’est, par le Mali, au sud, par la Guinée Bissau et la Guinée et, à l’ouest, il est ouvert sur l’Océan Atlantique avec 700 km de côtes. La Gambie qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Ziguinchor.

Le Sénégal est un pays plat dont l’altitude dépasse rarement 100 mètres. Avec une altitude de 381 mètres, le mont Assirik qui se situe au sud-est du pays, constitue le point le plus élevé.

Le réseau hydrographique du Sénégal est constitué par quatre grands fleuves (le Sénégal, la Gambie, la Casamance, le Saloum) et par leurs affluents auxquels s’ajoutent quelques cours d’eau temporaires. Il faut noter la contribution non moins importante du lac de Guiers au nord du pays.

Le Sénégal compte 10 régions administratives subdivisées en 30 départements. Ces départements comptent 48 communes, 91 arrondissements et 320 communautés rurales.

1.1.2 Histoire

L’histoire du peuplement du Sénégal est peu ou presque pas connue. Cependant, de nombreuses fouilles ont révélé une présence humaine très ancienne (environ 150 000 ans). Le peuplement s’est probablement organisé à partir de l’empire du Ghana. Les peuples en migrations se sont installés dans la vallée du fleuve et ont progressé vers les régions du sud à cause des razzias des Maures.

Les premières traces écrites de l’histoire du Sénégal datent de l’historien arabe El Bekri en 1068. Jusqu’à la conquête coloniale, l’histoire du Sénégal est marquée par une succession de royaumes.

Les premiers contacts avec les Européens datent de 1415, époque à laquelle un Vénitien débarque dans la région du cap Vert et s’installe à Gorée.

Dans la seconde moitié du XVI^e siècle arrivent les Français, les Anglais, les Hollandais, les Portugais. En 1659, Louis Gaultier établit dans l’île de Ndar un corps de Logis baptisé Saint Louis.

Entre 1854 et 1864, Faidherbe étend les possessions françaises, non sans se heurter à des résistances féroces. Il met ainsi en place une administration coloniale qui aboutira en 1914 à la nomination au parlement français du premier député noir, Blaise Diagne.

Après la deuxième guerre mondiale, entre 1946 et 1960, l'histoire du Sénégal est marquée par deux dates assez importantes. En 1946, il devient Territoire d'Outre Mer et fait partie de la République au sein de l'Union Française. En 1956, l'Assemblée Constituante vote la loi cadre et ce fut le début du processus de l'indépendance. Le 4 avril 1960, l'indépendance du Sénégal est proclamée.

1.1.3 Économie

Depuis le changement de parité du Franc CFA intervenu en janvier 1994, le gouvernement du Sénégal a adopté une nouvelle stratégie de développement axée sur la réalisation d'une croissance diversifiée, forte et durable et la réalisation à moyen terme de la viabilité financière interne et externe. Cette stratégie de développement repose sur les six (6) axes fondamentaux suivants : (i) la consolidation de l'assainissement des finances publiques; (ii) la réduction de la taille du secteur public et parapublic et la modernisation de l'administration publique; (iii) l'accélération et l'approfondissement des réformes des secteurs de l'énergie, des transports et de l'agriculture; (iv) le renforcement durable de la compétitivité de l'économie sénégalaise par la poursuite de politiques budgétaire et monétaire rigoureuses en vue de contenir l'inflation.

Le programme économique et financier poursuit les objectifs macro-économiques suivants : (i) réaliser un taux de croissance économique de 6 % au moins sous l'hypothèse d'une bonne campagne agricole et de la poursuite des diverses réformes structurelles envisagées; (ii) maintenir l'inflation en-dessous du seuil de 3 % afin de préserver la stabilité des prix; (iii) ramener le déficit courant de la balance des paiements (hors transferts officiels) à moins de 7,6 %; (iv) limiter le déficit budgétaire global (hors dons) à moins de 2 % du PIB.

Les objectifs intermédiaires retenus dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie d'ajustement global reposent sur : le relèvement progressif du taux d'investissement à 19,9 %, la hausse de l'épargne intérieure à 15 %, l'accroissement du ratio des recettes budgétaires sur PIB à 15,8 %.

L'année 1998 a confirmé les résultats remarquables opérés par l'économie sénégalaise depuis la dévaluation du Franc CFA. Le Produit Intérieur Brut a, en effet, enregistré une croissance en volume estimée à 5,7 % contre 5,0 % en 1997 et 5,1 % en 1996. En termes courants, le PIB a connu en 1998 une hausse de 8,0 % et le taux d'inflation mesuré par le déflateur du PIB s'est établi à 2,2 %. Les mesures axées sur l'offre, appliquées dans le cadre de ce nouveau contexte économique et social, ont permis de renforcer les conditions propices à la croissance de la production et la maîtrise de l'inflation. Par secteur, les contributions du PIB à la croissance ont été de -0,61 point pour le primaire, de 1,67 point pour le secondaire, de 4,3 points pour le tertiaire et de 0,32 point pour les services non marchands. Le secondaire et le tertiaire ont été la locomotive de l'économie sénégalaise durant cette année. Le taux de croissance du PIB, se plaçant au-dessus de la croissance démographique (2,7 %), traduit une nette amélioration du revenu par tête et offre la possibilité de relever le taux d'épargne intérieure, d'augmenter la capacité d'investissement du pays. Cette synergie pourra permettre également la création de nouveaux emplois et l'amélioration des conditions de lutte contre la pauvreté.

1.1.4 Population

Le Sénégal a adopté sa politique de population en 1988. La stratégie adoptée est la maîtrise de la croissance démographique par le biais de l'exécution du programme « actions démographiques prioritaires », le renforcement de l'appui aux collectivités locales dans le domaine du contrôle démographique et les actions pour la réduction du taux de fécondité. En outre, des efforts seront faits en vue de l'intégration des femmes dans la vie politique, économique et sociale grâce à l'alphabétisation fonctionnelle.

Selon les projections issues du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population du Sénégal était estimée en 1999 à près de 9 278 618 habitants; soit une densité moyenne de 47 habitants au km². Cette population est très inégalement répartie. Dakar qui occupe 0,3 % de la superficie abrite près de 24 % de cette population. C'est la région la plus densément peuplée avec 4 040 habitants au km². La région de Tambacounda est la région qui a la densité la plus faible avec 9 habitants au km². La population urbaine représente près de 43 % de la population totale. À l'instar des pays en voie de développement le Sénégal est un pays à fécondité élevée. Le Taux Brut de Natalité (TBN) est de 42 ‰ et le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) est de 223 ‰; le taux d'accroissement naturel au niveau national est de 2,7 %; L'indice synthétique de fécondité calculé pour les femmes de 15 à 49 ans s'établit à 5,7 enfants par femme (EDS-III, 1997). La population du Sénégal est extrêmement jeune : plus de 57 % de la population a moins de 20 ans.

Les principaux groupes ethniques sont : les Wolof (43 %), les Poular (24 %), les Sérér (15 %), les Diola (5 %) et les Mandingues (4 %).

La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94 %). On y trouve 4 % de chrétiens et les autres religions (animisme notamment) représentent 2 %.

1.2 Politique et profil sanitaires

1.2.1 Politique de santé

Le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique. Le pays a réaffirmé cette volonté notamment par l'article 14 de la constitution¹ et par la ratification des textes internationaux tels que la déclaration universelle des Droits de l'Homme, la charte de l'OUA et la Convention des Droits de l'Enfant.

Les Nouvelles Orientations de cette politique de santé et d'action sociale qui découle de la Déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989, s'appuie sur l'approche programme traduite à travers le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007. Il est l'aboutissement logique d'un long processus de réflexion engagé depuis 1995 entre le Ministère de la Santé et ses partenaires. Le PNDS a permis de mettre en chantier plusieurs réformes à la fois législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, les médicaments, les pharmacies. Il prévoit d'autres initiatives dans des domaines aussi importants que 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), est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS. Les objectifs visés sont : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile et la maîtrise de la fécondité. La mise en œuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques dégagées ne peut être effective sans une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles et financières.

Les activités planifiées par l'ensemble des structures découlent des stratégies définies et adoptées pour le développement 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

¹ La constitution sénégalaise dispose en son article 14 que: « L'État et les collectivités publiques ont le devoir social de veiller à la santé physique, morale et mentale de la famille ».

sanitaires actuelles et en construisant de nouvelles formations notamment. Le programme accorde ainsi une large place à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, au MST/SIDA et au contrôle des maladies endémiques avec essentiellement le paludisme, la bilharziose, l'onchocercose et la tuberculose.

Le PDIS est exécuté annuellement par le biais des plans d'opération (PO) produits par tous les acteurs du développement sanitaire de la périphérie au niveau central. Le pilotage d'ensemble du PDIS est assuré par la Cellule d'Appui et de Suivi du PNDS (CAS/PNDS) et la gestion du soutien informationnel revient à la Direction des Études, de la Recherche et de la Formation (DERF) qui est ainsi chargée du suivi et de l'évaluation du programme au niveau du Ministère.

Pour le suivi et l'évaluation des activités du PDIS, quelques 24 indicateurs ont été retenus. Ces indicateurs sont regroupés en trois catégories à savoir: les indicateurs de moyens financiers; les indicateurs de couverture sanitaire; les indicateurs de qualité et de couverture des services et les indicateurs d'impact.

Les indicateurs financiers du PDIS renseignent sur l'effort fourni par l'État concernant son engagement à élever le budget consacré à la santé au niveau recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est-à-dire à 9 %. Les indicateurs d'activités permettent de mesurer l'accès aux soins de base, la fréquentation et l'utilisation des services offerts par les formations sanitaires à travers le paquet minimum d'activités. Les indicateurs d'impact renseignent sur le degré d'atteinte des trois objectifs prioritaires du PDIS cités plus haut.

1.2.2 Organisation du système de santé

- Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux :
- l'échelon périphérique qui correspond au district sanitaire;
- l'échelon régional qui correspond à la région médicale; et l'échelon central.

Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie d'un département. Le Sénégal compte actuellement 50 districts sanitaires. Chaque district ou zone opérationnelle est géré par un médecin chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones qui ont été choisies. La région médicale est la structure de coordination du niveau régional. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale. Le niveau central comprend outre le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés. Rappelons que c'est la Direction des Études, de la Recherche et de la Formation qui est chargée de la gestion du soutien informationnel du programme.

1.2.3 Analyse des indicateurs de moyens

Le financement du plan est apparu comme une préoccupation partagée par l'autorité sanitaire et l'ensemble des acteurs. Plusieurs études ont été menées pour trouver les solutions idoines aux différents problèmes de santé. Ainsi, l'ensemble des stratégies développées tendent à accroître les moyens tout en les

rationalisant, qu'il s'agisse du développement des ressources humaines, du financement de la santé, de la réhabilitation des structures notamment.

Le personnel

La situation du personnel de santé a fait l'objet de plusieurs études pour la maîtrise de son effectif réel, de sa répartition en vue du respect des normes de couverture indispensable à l'amélioration de la qualité des services. Le ministère s'est inscrit dans cette dynamique et a élaboré un plan national de formation qui intègre les besoins de formation initiale et continue. De plus, malgré les restrictions budgétaires, le ministère bénéficie d'un quota spécial pour un recrutement annuel de divers personnel de santé dans l'optique de la résorption du déficit constaté. Cependant malgré les efforts constatés, la situation est loin d'être satisfaisante comparée aux normes de l'OMS. En 1999, le Sénégal comptait² :

- 1 médecin pour 17 000 habitants,
- 1 infirmier pour 8 700 habitants,
- 1 sage femme pour 4 600 Femmes en Âge de Reproduction (FAR).

Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé préconise :

- 1 médecin pour 5 000 à 10 000 habitants,
- 1 infirmier pour 300 habitants,
- 1 sage femme pour 300 Femmes en Age de Reproduction (FAR).

Les infrastructures

Sur le plan des structures, la pyramide sanitaire se traduit par la disponibilité des soins de santé de base au niveau des postes de santé, des soins secondaires au niveau des centres de santé et des soins tertiaires au niveau de l'hôpital régional. La réfection, la rénovation et la construction de nouvelles infrastructures constituent un volet fondamental du programme actuel. Le Sénégal compte actuellement 809 postes de santé, 53 centres de santé et 17 hôpitaux. En 1999, en terme de couverture passive, il y a :

- 1 poste de santé pour 11 500 habitants,
- 1 centre de santé pour 175 000 habitants,
- 1 hôpital pour 545 800 habitants.

Alors que les normes de l'OMS sont :

- 1 poste de santé pour 10 000 habitants,

² Source : Division des Statistiques et de la Documentation, Direction des Études, de la Recherche et de la Formation, Ministère de la Santé.

- 1 centre de santé pour 50 000 habitants,
- 1 hôpital pour 150 000 habitants.

L'analyse de l'évolution de ces infrastructures de 1997 à 1999 montre le déficit actuel en termes de couverture et l'effort important que le ministère de la santé doit fournir pour atteindre les normes préconisées par l'OMS. Le Programme de Développement Intégré de la Santé prévoit la construction de 245 nouveaux postes de santé, de 2 nouveaux centres de santé et de deux nouveaux hôpitaux.

Le budget

Les principales sources de financement de la santé sont l'État, l'aide extérieure, les collectivités locales et les populations. L'État contribue à hauteur de 53 %; les populations participent pour 11%; les collectivités locales pour 6 % et les partenaires pour 30 %.

Le budget que l'État alloue au Ministère de la Santé est une traduction éloquente de son engagement face aux problèmes socio-sanitaires auxquels les populations sont confrontées quotidiennement.

À ce titre, l'OMS recommande aux États de consacrer au moins près de 9 % de leur budget de fonctionnement au Ministère de la Santé. Dans cette optique, depuis 1993, le Sénégal a décidé d'augmenter de 0,5 % la part du secteur de la santé dans le budget national. Le budget de fonctionnement de la Santé a connu une augmentation en valeur absolue; Il est passé de 18,7 milliards à 23,2 milliards entre 1996 et 1999. Rapporté au budget de fonctionnement de l'État, il est passé de 7,25 % à 7,85 % pour la même période.

1.2.4 Niveau de santé

Selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1997 (EDS-III, 1997), la fécondité reste très élevée même si elle connaît une légère baisse. Le Taux Brut de Natalité (TBN) est de 37 ‰. Le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) ou nombre annuel moyen de naissances vivantes dans la population des femmes en âge de procréer est de 185 ‰, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 6,0 enfants par femme en 1992-93 à 5,7 enfants par femme en 1997.

Le taux de prévalence contraceptive demeure très faible alors que le niveau de connaissance est élevé- 86 % pour les femmes en union. Le taux de couverture des consultations prénatales est 82 %; La proportion de femmes ayant été assistées est de 47 %. Par ailleurs, la prévalence des MST est de 0,7 % chez les femmes et de 1 % chez les hommes.

Le quotient de mortalité infantile (${}_1q_0$) était estimé à 68 pour mille naissances vivantes en 1997 selon l'EDS-III, avec une grande disparité entre la zone urbaine (50 ‰) et la zone rurale (79 ‰). Le quotient de mortalité juvénile (${}_4q_1$) est estimé à 77 ‰ et le quotient de mortalité infanto-juvénile (${}_5q_0$) 139 ‰. La mortalité infanto-juvénile reste très élevée du fait essentiellement du poids des maladies diarrhéiques et du paludisme, de la malnutrition, des infections respiratoires aiguës et de certaines maladies cibles du Programme Élargi de Vaccination telles que la rougeole.