



PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE SOINS CHIRURGICAUX AU SENEGAL

Comité de Pilotage et de Réflexion sur l'Offre de
soins Chirurgicaux (CPROC)

Version 4, 2012

PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE SOINS CHIRURGICAUX AU SENEGAL

Comité de Pilotage et de Réflexion sur l'Offre de soins Chirurgicaux (CPROC)

Table des matières

Table des matières	1
Remerciements et liste des collaborateurs	3
Liste des collaborateurs	4
Acronymes.....	6
Introduction.....	7
CONTEXTE	9
Problématique de l'offre de soins chirurgicaux	9
1. Présentation générale et organisation du système de santé	10
1.1. Présentation du Sénégal	10
Aspects économiques.....	14
Données sanitaires	15
1.2. Organisation et fonctionnement du système de santé	16
Organisation du système de santé	17
Les acteurs du système de santé	18
L'Etat	18
Fonction de tutelle	18
Fonction de pourvoyeur de ressources	18
Fonction de client	19
Les collectivités locales	19
Les tiers payeurs (assurances, mutuelles de santé, IPM)	20
1.3. Etat des lieux de l'offre de soins chirurgicaux	20
Analyses des besoins	24
Infrastructures et équipements	25
Coût de la mise aux normes des infrastructures	27

Centres de sante ciblés pour la chirurgie.....	27
Analyse globale	30
LA VISION.....	32
2. Les enjeux, les orientations et les objectifs.....	32
ENJEU 1	35
Orientation 1.1	35
Orientation 1.2	35
Orientation 1.3	35
ENJEU 2	37
Orientation 2.1	37
ENJEU 3.....	38
Orientation 3.1	38
Orientation 3.2	38
Annexes	39
Enjeu 1	39
Renforcer l'accessibilité géographique, organisationnelle et financière des soins chirurgicaux.....	39
Optimalisation de la fonctionnalité des services de chirurgie	39
Offre chirurgicale Standard du District	40
Offre chirurgicale Standard centre hospitalier régional.....	44
Offre chirurgicale dans les pôles d'excellence.....	49
Enjeu 2	53
Développement d'un programme de chirurgie mobile.....	53
ENJEU 3	57
Partenariat Public Privé (PPP).....	57
Modalités de mise en œuvre du plan	58
Cadre institutionnel.....	58

Remerciements et liste des collaborateurs

C'est avec plaisir que nous déposons auprès du Département de Santé le Plan Stratégique 2012-2017 de l'offre de soins chirurgicaux au Sénégal. Ce document présente les résultats que le Ministère et le PSOC s'engagent à atteindre au cours des cinq prochaines années.

Le Plan stratégique 2012-2017 s'inscrit dans la poursuite des actions entreprises afin d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population et de rendre les services chirurgicaux plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Ce plan mise sur l'action en amont des problèmes, sur l'organisation des services de première ligne harmonisés efficacement avec les services spécialisés, sur le respect des délais d'accès, sur la qualité des services et l'innovation, sur l'attraction des ressources humaines et l'amélioration de l'organisation du travail ainsi que sur une gestion performante et imputable.

Dans un esprit de collaboration et d'engagement, nous convions l'ensemble des acteurs et partenaires du PSOC à relever avec succès les défis des prochaines années, en misant sur l'optimisation de l'utilisation des ressources et sur l'amélioration constante de la performance de notre réseau de soins chirurgicaux, afin de répondre aux besoins de la population sénégalaise en matière de soins chirurgicaux.

Pr Cheikh Tidiane TOURE

Coordonnateur du Comité de Réflexion

Liste des collaborateurs

- Pr Oumar FAYE, Directeur de la Santé
- Farba Lamine SALL, OMS
- Malick Cissé, IAAF
- Gallo Ba ; Directeur des Ressources Humaines
- Dr Mandiaye Loume, CTI
- Dr Ndèye Codou Lakh, DSSP/DS
- Dr Bocar Daff, DSR/DS
- Alioune Diop, DRH
- Dr Boubacar Sarr, PNLC
- Dr Mohamed Soh Ba, Hôpital Régional Kaolack,
- Pr Abdarahmane Dia, FMPOS
- Pr Cheikh Tidiane Touré, FMPOS
- Pr Baye Assane Diagne (Société Sénégalaise d'Urologie)
- Pr Seydou B. BADIANE, (Société Sénégalaise de Neurochirurgie)
- Pr Babacar Fall, HOGGY
- Pr Doudou THIAM, (Chaire d'Hématologie)
- Pr Mamadou D. BEYE, (Chaire d'Anesthésie réanimation)
- Pr Mamadou Ndoye (Chaire de Chirurgie pédiatrique)
- Pr Victorino MENDES, Ana path, HALD
- Pr Moussa FAYE, HPD
- Pr Seydina Issa Laye SEYE, Orthopédie HALD
- Pr Modeste OGOUGBEMY, HPD
- Alassane DIATTA, Biochimie
- Dr Anne Aurore SANKALE, Chirurgie plastique
- Pr Issa NDIAYE, ORL FANN
- Dr Assane NDIAYE, chirurgie Thoracique
- Pr Mamadou DIOP, Cancérologie
- Dr Lamine CISSE, CGO
- Mabator Diop, ENDSS
- Association Sénégalaise de Gynécologique et d'Obstétriciens (ASGO)

- Société Sénégalaise d'ORL (SSORL)
- Pr Seydina I. Laye SEYE, Société Sénégalaise Chirurgie Orthopédie et Traumatologie (SOSECOT)
- Société Sénégalaise d'Ophtalmologie (SSO)
- Société Sénégalaise de Chirurgie Digestive (SOSECHID)
- Chaire d'Imagerie Médicale
- Chaire de Bactériologie
- Dr Maty Diagne CAMARA, ISED
- Dr Alioune Gaye, MCD Guédiawaye
- Dr Kalidou Konté, MCR Sédhiou,
- Dr El Hadj Thierno Mbengue, MCD Kaffrine
- Dr Malick Cissé Ndiaye, MCR Kaffrine
- Dr Fatoumata DIAWARA, LuxDev SEN/025
- Dr Oumar SARR, Projet ASSRMKF
- Dr Lodie Evariste OKITOMBAHE, Projet ASSRMKF
- Ibnou Khadim Diaw, Consultant DMA

Acronymes

ASSRMKF	Projet d'appui au système de santé des régions médicale de Kaolack
CHR	Centre hospitalier régional
CPN	Consultation prénatale
DRSP	Document stratégique de réduction de la pauvreté
EDS	Enquête démographique et de santé
EPS	Etablissement public de santé
FMPOS	Faculté de médecine, pharmacie et d'odontostomatologie
ISF	Indice synthétique de fécondité
MCD	Médecin chef de district
MCR	Médecin chef de région
MSAS	Ministère de la santé et l'action sociale
PMA	Pays moins avancés
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PPP	Partenariat public-privé
PPTE	Pays pauvre très endetté
PSOC	Plan stratégique de l'offre de de soins chirurgicaux

Introduction

Le Plan stratégique 2012-2017 détermine les objectifs que le ministère de la Santé

S'engage à atteindre au cours des prochaines années. Il a pour but d'orienter les actions des organisations et des professionnels qui fournissent des soins chirurgicaux à la population sénégalaise. Dans une perspective de gestion axée sur les résultats, le Ministère, les régions médicales et les établissements de santé devront rendre compte de la réalisation de ces engagements.

En continuité avec les priorités du PNDS II (2009-2018), les efforts du Ministère demeurent axés sur le renforcement de l'accès, de la qualité et de l'intégration des services de santé et des soins chirurgicaux offerts à la population ainsi que sur l'utilisation judicieuse des ressources.

Ainsi, le plan a pour but de tirer profit des acquis des dernières années et des changements qui ont été introduits dans le système par la décentralisation de l'offre de soins chirurgicaux dans les régions de Fatick et Kaffrine afin d'assurer une réponse optimale aux besoins de santé et de bien-être de la population.

Le présent plan stratégique résulte d'une réflexion partagée avec les autorités du MSAS, la Chaire de Chirurgie Générale de la Faculté de Médecine et les autres partenaires, dans le contexte d'une vaste consultation amorcée avec la Coopération Technique Belge en 2008 à travers le projet ASSRMKF. Cette réflexion a permis de définir les principaux défis qui exercent une pression sur l'évolution du système et de préciser les choix stratégiques qui en découlent.

La détermination des objectifs et des cibles a été effectuée avec le maximum de réalisme dans le contexte actuel et pressenti de financement pour le système de santé. Ces objectifs et cibles pourraient être ajustés au fil des prochaines années selon l'évolution du contexte socio-économique et des priorités gouvernementales.

CONTEXTE

Problématique de l'offre de soins chirurgicaux

Même si depuis une trentaine d'années, les recommandations de la Conférence d'**Alma Ata** ont été la ligne directrice de la politique nationale de santé du Sénégal, les soins chirurgicaux n'ont pas suivi le même rythme de décentralisation que les autres soins notamment pour les grandes endémies.

Les actes chirurgicaux, au même titre que les structures hospitalières où ils étaient pratiqués, ont été relégués à l'arrière-plan des priorités sanitaires en termes de planification, d'allocation de ressources et d'organisation des services pour les raisons suivantes :

- leurs coûts jugés exorbitants ;
- le nombre de bénéficiaires relativement réduit comparé aux victimes des grandes pathologies endémo-épidémiques ;
- la consommation plus ou moins disproportionnée des ressources déjà maigres ;
- le niveau élevé des compétences requises ;
- leur caractère jugé hautement curatif.

Dans l'entretemps, des pathologies dont le traitement est possible par des actes relativement simples continuent d'alourdir à un rythme sans cesse croissant¹ le fardeau de la morbidité des populations concernées sans que le système de santé ne soit en mesure d'y apporter une réponse adéquate.

Devant cette situation, l'inscription relativement récente de l'offre de soins chirurgicaux dans l'agenda d'instances internationales influentes

¹Proportionnelle au rythme des transitions démographiques et économiques

comme l'Organisation Mondiale de la Santé ou la Banque Mondiale devrait faciliter l'émergence d'une certaine volonté politique au niveau des Etats concernés, à l'instar des efforts consentis pour réduire la mortalité maternelle.

Dans plusieurs pays d'Afrique, les Etats semblent, sans doute par la force des choses², avoir assumé une part de leurs responsabilités vis-à-vis de l'offre de soins à leurs populations en conduisant un ensemble de réflexions et d'échanges entre dépositaires d'enjeux à différents niveaux.

Optimiser rapidement l'offre chirurgicale de notre pays représente un ambitieux challenge qui doit se construire autour de réflexions stratégiques profondes et d'une volonté politique sans faille.

1. Présentation générale et organisation du système de santé

1.1. Présentation du Sénégal

Le Sénégal est un pays soudano-sahélien situé à l'extrême Ouest du continent africain et limité au Nord par la république de Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée-Bissau et la République de Guinée et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. Il est traversé par la Gambie qui est une enclave de terre située entre Kaolack, Fatick et Ziguinchor sur le cours inférieur du Fleuve Gambie.

Il couvre une superficie de **196 722 km²** et possède une grande ouverture sur l'Océan Atlantique avec 700 Km de côtes qui polarisent la population. Le Sénégal est plat et l'altitude dépasse rarement 100

²Ratios Chirurgien/Population : 0.32/100000 en Ethiopie, 0.25/100000 au Mozambique

mètres. Le point culminant se trouve au sud-est du pays à une hauteur de 381mètres.

Le découpage administratif qui a connu des bouleversements se caractérise en 14 régions subdivisées en 45 départements, 150 communes assimilées à une zone urbaine, 117 arrondissements et 353 communautés rurales.

Le Sénégal qui est un pays sahélien et à prédominance rurale ne dispose pas de beaucoup de ressources naturelles. Il figure parmi les pays les moins avancés (PMA) et éligible à l'initiative des pays pauvres très endettés (PPTE). La pauvreté touche plus 50% des ménages avec une progression constante de la contribution des ménages ruraux à la pauvreté.

La population du pays a presque doublée de 1988 (RGPH) à 2010 en passant de 6 896 000 à 12 526 488 habitants (*source* :EDS-MICS 2010-2011) avec une densité moyenne de 60 habitants au Km². Elle est inégalement répartie avec Dakar où vivent 23% de la population générale et 7% de la population urbaine sur 0,3% du territoire national alors que Tambacounda qui est la région la plus vaste du pays abrite environ 5% de la population avec une densité de 14 habitants au Km².

Les données de l'EDS-MICS montrent que le fécondité des femmes au Sénégal demeure encore très élevée. Avec les niveaux actuels, chaque femme donneraient naissance en moyenne à 5,0 enfants à la fin de la vie féconde. Cette fécondité est également précoce puisque 19% des filles de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à au moins un enfant.

L'indice synthétique de fécondité (ISF) présente des différences entre les milieux de résidence : une femme urbaine a un niveau de fécondité nettement plus faible (ISF = 3,9 en 2011) qu'une femme rurale (6,0).

La tendance de la mortalité des enfants de moins de 5 ans connaît une baisse significative : 68‰ en 1996-97, 61‰ en 2005 et 47‰ en 2011), mais le niveau de la mortalité infanto-juvénile reste élevée au plan national. Sur 1000 naissances vivantes, 47 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire.

L'estimation indirecte du ratio de mortalité maternelle à partir de l'EDS-MICS pour la période 2000-2011 est de 392 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Le ratio estimé de l'EDS-IV de 2005 était de 434 pour 100 000 naissances vivantes pour la période 1994-2005.

La structure par âge représente les caractéristiques d'une population très jeune ; les moins de 20 ans représentent près de 50% de la population alors que les plus de 65 ans comptent pour moins de 4%. Des études ont montré que 42,2% de la population étaient âgées de moins de 15 ans ce qui traduit un taux de dépendance démographique assez élevé (46%). C'est le rapport entre la population de moins de 15 ans, plus les personnes âgées et la population de 15 à 64 ans (85 individus potentiellement inactifs sont à la charge de 100 adultes).

Tableau 2 : Indicateurs démographiques³

Population en 2010

12 526 488

Répartition par âge

³ Données EDS-IV mises à jour

Moins de 20 ans	50%
De 24 à 64 ans	46%
65 ans et plus	4%
Espérance de vie à la naissance	59,25 ans
Hommes	57,70 ans
Femmes	60,85 ans
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances)	47
Mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	392

La population est dominée par les femmes avec 51,9% soit 6 028 480 individus pour 5587088 hommes soit 48,1% de la population totale. Le tableau n° 2 montre un indice Synthétique de Fécondité (ISF) qui est en moyenne de 5,0 enfants par femme avec une certaine disparité liée au milieu de résidence : 3,9 pour une femme urbaine et 6,0 pour une femme rurale. L'accroissement moyen de la population est estimé à 2,3% par an en 2006, ce qui est caractéristique d'une fécondité encore élevée. Le taux de natalité est de 32,78 pour mille contre 9,42 pour mille pour la mortalité ; l'espérance de vie est en moyenne de 59,25 ans soit 57,70 ans pour les hommes et 60,85 ans pour les femmes.

La forte corrélation entre l'alphabétisation et le niveau d'urbanisation met en évidence les disparités entre les régions du Sénégal. Le taux d'alphabétisation des adultes de 15 ans et plus est estimé à 41,9%. L'analphabétisme est plus répandu parmi les femmes (62%) et en milieu rural (68,2%).

Aspects économiques

Le Sénégal est un pays sahélien à prédominance rurale et disposant de ressources naturelles limitées. Il occupe le 157^{ème} rang sur 175 pays pour ce qui est de l'indice de développement humain qui était de 0,458 en 2003 et avec un PIB par tête de 437 562 en 2006, il est classé parmi les pays les moins avancés (PMA) en plus d'être éligible à l'initiative PPTE (pays pauvres très endettés). En 2006 42,6% des ménages vivaient en dessous du seuil de la pauvreté contre 48,5% en 2001-2002 et 61% en 1994-1995. Ce pourcentage est encore élevé malgré une tendance à la baisse.

Le taux de croissance économique tournait autour de 4,8% dans la période 2003-2006 (DSRP-II⁴ Juin 2008). Elle est essentiellement générée par le secteur tertiaire (51,1%), le secteur secondaire (20,2%) et le secteur primaire (17,1).

La population en âge d'exercer une activité était composée en 2005 de 7 707 813 individus soit 70.9% de la population totale. Le niveau d'occupation était alors de 53,9%, soit 4 151 532 femmes et 45,4%, soit 3556 281 hommes.

Au cours des dernières années, la nature des activités s'est modifiée au détriment de l'agriculture qui malgré tout représente aujourd'hui 50,6% des effectifs. Elle est la branche qui occupe le plus d'actifs ; il faut noter que dans ce sens, l'agriculture comprend aussi l'élevage et l'activité forestière.

⁴ Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté, n°2

Données sanitaires

Avec la mise en œuvre de la politique de décentralisation en 1996, la santé a été dévolue aux collectivités locales par l'Etat qui a aussi réaffirmé son engagement pour le bien-être des populations dans le PNDS1998-2007 et dans la constitution de 2001. Cet engagement s'est traduit par la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat (10,3% en 2007) en progression constante et très proche de la valeur cible de l'OMS qui se situe à 9%. Les dépenses publiques de santé représentent 2,6% du PIB et le système de santé est essentiellement financé par l'Etat, les collectivités locales, la contribution directes des populations à l'effort de santé et les partenaires au développement.

Le pourcentage des dépenses de santé (publiques et privées) sur le produit intérieur brut (PIB), donne l'ensemble de la période 2001-2005, une moyenne de 5,3. En en 2004 qu'on enregistre le plus niveau (5,7) et en 2004 le plus bas (4,7).

La durée de vie augmente régulièrement, mais la population reste encore jeune. Le bilan de l'état de santé des Sénégalais apparaît contrasté d'un côté au regard de l'indicateur synthétique qu'est l'espérance de vie comparé aux pays développés.

D'un autre côté, le bilan révèle des fragilités, notamment en ce qui concerne la couverture vaccinale, la mortalité maternelle et infanto juvénile. Par ailleurs, les inégalités sociales et géographiques restent fortes et tous les indicateurs généraux de la mortalité mettent en évidence une surmortalité dans les régions périphériques et sur l'axe vertical allant de Saint-Louis à Ziguinchor.

Toutefois, la mise en œuvre du PNDS⁵ a permis de les améliorer significativement. La couverture CPN⁶ est passée de 44% en 1996 à 84% en 2006 – Les accouchements assistés sont passés de 38% en 2000 à 59% en 2006 et 62,5% en 2007 – La couverture vaccinale DTC3 ou PENTA3 chez les enfants de 0-11 mois est passée de 41% en 2000 à 89% en 2006 et 94% en 2007 – la mortalité infantile passe de 68⁰/₀₀ en 1997 à 61⁰/₀₀.

Par ailleurs, la nouvelle constitution de janvier 2001 a renforcé la responsabilité de l'état et des collectivités locales, pour l'accès à la santé et au bien-être des populations. Les activités de santé sont toujours orientées vers la réalisation des objectifs prioritaires du PNDS notamment la réduction de la mortalité maternelle, infanto-juvénile, la maîtrise de la fécondité et l'accès accru aux services sociaux de base pour les populations démunies.

1.2. Organisation et fonctionnement du système de santé

La politique nationale de santé est déclinée à travers des référentiels qui sont :

- la Déclaration Nationale de Politique de Santé ;
- la Lettre de Politique Sectorielle ;
- le PNDS I et II ;
- le CDSMT ;
- le COMPACT.

La composante hospitalière de la politique nationale n'a pour le moment pas fait l'objet de document structuré, qui aurait l'avantage de préciser

⁵ Plan National de Développement Sanitaire

⁶ Consultation Pré Natale

les priorités du Gouvernement en matière hospitalière, la place et le rôle de l'hôpital dans le système national de santé.

Organisation du système de santé

Le système de santé est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux :

Le Niveau périphérique correspond au district sanitaire. Il constitue zone opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire et comprend au moins un centre de santé, un réseau de postes de santé. Les postes de santé assurent les soins de base, supervisent un certain nombre de structures communautaires (cases de santé et maternités rurales) et constituent le premier recours.

Les centres de santé et les établissements publics de santé de niveau (EPS1) sont les structures de référence des postes de santé. Certains d'entre eux offrent notamment des soins de chirurgie et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).

Le Niveau intermédiaire est représenté par la Région Médicale (RM) dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative.

Les établissements publics de santé de niveau 2 constituent la référence des centres de santé et des EPS 1. Ils dispensent des soins en médecine interne, en obstétrique, en gynécologie, en pédiatrie et en chirurgie.

Le Niveau Central: comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions et les Services nationaux

Les EPS 3 notamment les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui ont un plateau technique plus relevé assurent la référence des EPS 2

Les EPS en plus de leur fonction de référence, assurent celles de formation, supervision et de recherche.

Les acteurs du système de santé

Il s'agit de l'Etat, des collectivités locales, des tiers payeurs et des prestataires locaux.

L'Etat

L'Etat est un acteur clef du système de santé. . Il entretient une triple relation avec les hôpitaux.

Fonction de tutelle

Les Etablissements Publics de Santé sont placés sous la tutelle financière du Ministre chargé des Finances et sous la tutelle technique du Ministre chargé de la Santé.

Au sein du Ministère chargé de la Santé, la tutelle des hôpitaux est assurée par Direction des Etablissements de Santé (DES) créée par décret n° 2004-1404 du 04 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention. La DES reste l'interface entre l'Etat et les hôpitaux.

Fonction de pourvoyeur de ressources

L'Etat finance les EPS à travers un système d'enveloppe globale annuelle fixée a priori pour chaque hôpital et sans aucun critère objectif. Les allocations se font encore sur base historique et non sur une base factuelle comme l'activité.

Fonction de client

L'Etat apparait comme un important client des hôpitaux en prenant en charge différentes catégories de personnes (des agents de l'Etat et leurs familles, les fonds de garantie automobile, les césariennes, les dialyses rénales, les cas sociaux, etc.)

Les collectivités locales

Les conseils régionaux ont, aux termes de la loi sur la décentralisation votée au Sénégal (loi 96-07) compétence pour « la gestion, l'entretien et l'équipement » des EPS de niveau 1 et 2 relevant de leurs administrations respectives.

Ils exécutent cette mission en partie grâce aux fonds de dotation reçus de l'Etat central.

Cependant, la part des collectivités locales dans le financement des EPS reste souvent très limitée voire marginale.

L'exercice des attributions transférées dans le domaine de la santé par les collectivités locales reste notablement incomplet et inefficace, du fait de nombreux facteurs limitant :

- manque de préparation des élus à la gestion des hôpitaux et à assumer les responsabilités qui leur sont dévolues;
- intérêts politiques souvent divergents avec les impératifs de santé publique ;
- arbitrages inadaptés dans la redistribution des fonds de dotation au niveau local, qui se fait souvent au détriment du secteur de la santé ;
- multiplication des acteurs et des procédures entraînant souvent un allongement des délais d'obtention des fonds ou une rétention de ceux-ci au niveau des régions ou des communes.

Les tiers payeurs (assurances, mutuelles de santé, IPM)

Acheteurs de services auprès des formations sanitaires, leur contribution dans le financement de la santé avait atteint 12 016 436 213 FCFA en 2008.

Cependant, ils sont très en marge dans le processus décisionnel et de gestion du système de santé

1.3. Etat des lieux de l'offre de soins chirurgicaux

Nos infrastructures chirurgicales au nombre limité et géographiquement mal réparties (en fonction de critères purement administratifs) présentent un décalage important par rapport aux besoins réels des populations.

Ce décalage structurel a pour effet de pénaliser les populations les plus éloignées des bassins chirurgicaux et de fragiliser nos citoyens les plus défavorisés.

Redéployer les moyens matériels et humains en fonction de critères démographiques et sociaux objectifs, représente un axe déterminant pour une politique de santé publique plus juste et plus équitable.

La concentration de l'activité de soins chirurgicaux sur Dakar et sur les principales capitales régionales, en particulier pour certaines spécialités pose, un problème de gestion des flux des populations.

Ces bassins d'attraction, en « capturant » des populations excentrées, contribuent à générer des inégalités financières et sociales :

- importance des frais de transports et d'hébergement ;
- multiplication des frais de prise en charge (examens complémentaires, etc.) ;

- éloignement familial ;
- augmentation de la durée moyenne des séjours hospitaliers.

Un effort particulier doit porter sur la volonté de rééquilibrage de l'offre de soins chirurgicaux en développant une politique de décentralisation partielle impliquant l'ensemble des acteurs du secteur.

Construire un partenariat autour des valeurs d'équité et de justice sociale permet d'améliorer partiellement, mais rapidement la situation des zones géographiques les moins accessibles.

Le Ministère de la Santé, en collaboration avec les différentes « sociétés savantes » à vocation chirurgicale et le CHU, en organisant un programme de décentralisation fondé sur l'entraide et la solidarité, doit permettre une progression rapide de l'accès aux soins chirurgicaux sur l'ensemble du territoire.

La mise à la disposition des structures régionales de santé, de chirurgiens internes et/ou en cours de spécialisation représente une réelle opportunité d'échange constructif : formation des praticiens /bénéfice pour les populations.

Ce véritable ticket « gagnant/gagnant » permettra à la chirurgie de se rapprocher des attentes de la population.

La politique de formation des personnels est cruciale dans le secteur de la chirurgie, il est possible de la diviser en deux problématiques distinctes et complémentaires :

- la problématique à courts termes répondant en grande partie à des critères conjoncturels de répartition géographique des ressources humaines du sous-secteur ;

- la problématique à longs termes répondant à des critères structurels et politiques qui fragilisent le système au travers d'un véritable déficit de formations des personnels.

Concernant la ventilation des personnels qualifiés, faute de la mise en place par les autorités publiques d'une véritable politique d'incitation auprès des spécialistes, une véritable « désertification chirurgicale » des régions les plus éloignées est à regretter.

Si le nombre de chirurgiens en exercice apparaît comme relativement suffisant pour répondre en théorie à la couverture des besoins chirurgicaux dans leur globalité, le manque de reconnaissance et l'absence de perspectives de carrière représentent un frein déterminant à l'installation des personnels compétents en région, notamment pour les nouveaux diplômés.

Cette situation débouche sur des stratégies anarchiques d'un système provisoire de chirurgie exercée par des praticiens non spécialisés⁷ présentant à terme deux principaux dangers :

- la dévaluation de la fonction chirurgicale provoquant l'accélération du processus d'éloignement des praticiens spécialisés ;
- le déséquilibre du système des rémunérations qui pénalise l'ensemble des intervenants du secteur et contribue à accentuer ce processus de désaffection.

Plus profond et plus inquiétant est le déficit actuel dans la formation des chirurgiens de demain. L'imprécision de l'estimation des besoins en personnels formés directement en relation avec l'évolution des populations, l'absence de mise en place d'une véritable politique de

⁷ Compétent chirurgie

formation fondée sur des projections réalistes et la mise en place du « numerus clausus » laisse largement présager, sans réaction rapide des pouvoirs publics, d'une pénurie de personnels qualifiés à moyens termes.

Cette situation, si elle doit perdurer, devrait fragiliser l'offre chirurgicale dans son ensemble et accroître le phénomène de désertification du sous-secteur : manque d'étudiants en cours de spécialisation, indisponibilité des bourses de formation, absence de contrats formels et réciproques entre l'état et les professionnels qu'il finance.

Conjuguer harmonieusement incitation et coercition pour permettre l'installation de personnels qualifiés dans les régions doit être une priorité politique pour les pouvoirs publics.

Entreprendre une campagne de réévaluation, de reconnaissance et de valorisation du statut de chirurgien représente la pierre angulaire du système et une garantie de pérennité.

L'étude sur l'état des lieux de l'offre de soins chirurgicaux réalisée en 2009 révèle un cruel déficit des personnels paramédicaux formés opérant dans les services de chirurgie, notamment dans les régions. Cette pénurie accentue encore l'iniquité du système et le décalage profond existant entre Dakar et les régions.

Ces personnels non qualifiés et formés «sur le tas» de manière opportuniste créent de fait une corporation fragile au statut indéfini qui participe à la dévalorisation du système dans son ensemble.

Parallèlement, la multiplication récente et non planifiée des structures de formation aux offres diverses, si elle caractérise le dynamisme du secteur implique le risque d'un trop grand libéralisme.

La formation des personnels paramédicaux, et particulièrement dans les cursus appliqués à la chirurgie (inexistante à ce jour) doit répondre à des critères spécifiques et des besoins préalablement recensés.

L'Etat, pour assurer l'adéquation entre les personnels formés et les besoins spécifiques, et pour éviter ainsi les « formations impasses », doit intervenir de façon pratique pour assurer la cohésion du système de formation.

Quantifier les besoins par spécialité, homogénéiser les contenus de formation et uniformiser la valeur des diplômes, sont autant de nécessités pour harmoniser l'offre future en matière de ressources humaines paramédicales permettant une meilleure irrigation du système pour plus d'efficacité.

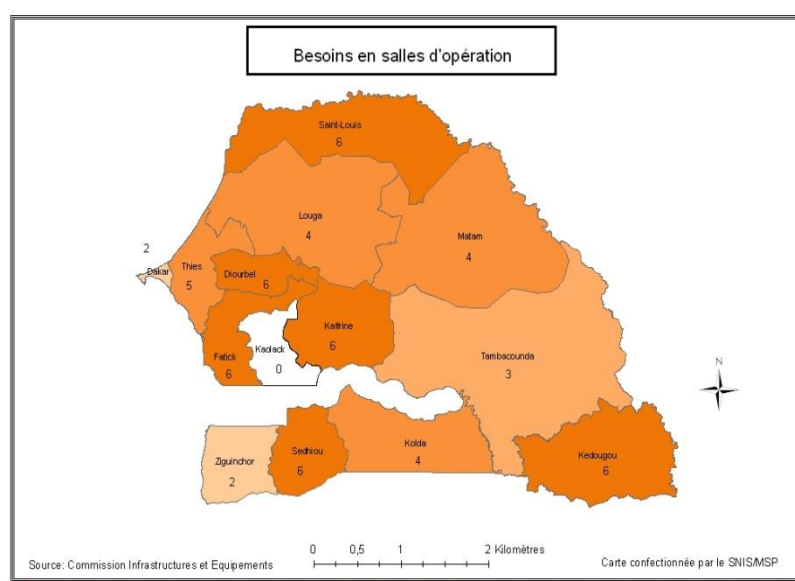
Pour résoudre ce problème d'iniquité constaté dans l'offre de soins chirurgicaux, le Ministère de la Santé en collaboration avec la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie a élaboré le présent Plan Stratégique de Développement de l'Offre de Soins Chirurgicaux au Sénégal (PSDOS).

Analyses des besoins

Régions	Pop	Hôp	S Op	GAP	Dist.	Fonctionnelles	Non fonctionnelles	Salles d'op fonctionnelles
Dakar	2 622 408	8	46	2	8	5	1	51
Thiès	1 471 754	2	6	5	9	2	2	8
Diourbel	1 316 308	2	6	6	4	1	0	7
Saint louis	837 583	2	6	6	5	1	3	7
Louga	777 085	1	2	4	5	1	2	3

Kaolack	757 743	1	6	0	4	1	0	7
Fatick	627 804	0	0	6	6	3	0	3
Tambacounda	610 550	1	3	3	7	2	0	5
Kolda	553 708	1	2	4	3	0	1	2
Matam	533 385	1	2	4	3	0	2	2
Kaffrine	492 685	0	0	6	4	2	0	2
zig	474 374	1	4	2	5	0	3	4
Sédhiou	418 278	0	0	6	3	1	1	1
Kédougou	118 921	0	0	6	3	2	1	2
TOTAL	11 612 586	20	83	36	69	21	16	104

Infrastructures et équipements



Seule la région Kaolack n'exprime pas de besoin en salle d'opération, et Dakar ne manquerait que deux salles.

Les régions de Saint- Louis et de Diourbel sont très dépourvues en salles d'opération. Les régions restantes sont soit de nouvelles régions soit des régions ne disposant pas d'EPS2.

Il y a 36 salles d'opération à construire au niveau des hôpitaux, 5 à construire au niveau des Centres de Santé, 53 salles à rendre fonctionnelles dans les hôpitaux et 10 dans les Centres de santé de référence.

L'hôpital de Fatick, celui de la Paix de Ziguinchor et celui de Matam sont en chantier.

Kaffrine, Kédougou et Sédhiou sont de nouvelles régions ne disposant pas pour le moment d'hôpitaux régionaux qu'il faudrait programmer.

Notons que dix nouveaux districts ont été créés :

- Keur Massar : qui dispose d'un Centre de Santé ;
- Niakhar : Centre de Santé en cours d'exécution ;
- Diamniadio ;
- Coki ;
- Médina Yoro Foula ;
- Mbirkilane ;
- Keur Momar Sarr ;
- Sakal ;
- Salemata.

Nous observons qu'il y a 6 Centres de Santé à programmer et à réaliser.

Coût de la mise aux normes des infrastructures

Le coût des salles d'opérations à construire pour mettre aux normes définies par la commission.

Organisation tous les hôpitaux du Sénégal serait de:

80 000 000 / salle x 36 salles soit un total de 7 200 000 000 (sept milliards deux cent millions) de frs CFA.

Centres de sante ciblés pour la chirurgie

Structures	Salles à construire	Salles à réfectionner
Oussouye		2
Bignona		2
Dhara	1	1
Thiadiaye	1	
Velingara		2
Tivaouane	2	
Dakar nord	1	
Rufisque		2
Tionck-Essyl	2	

Mbour		1
Koungheul	3	
Total	10	10

La construction et l'équipement des dix salles s'élèveront à :

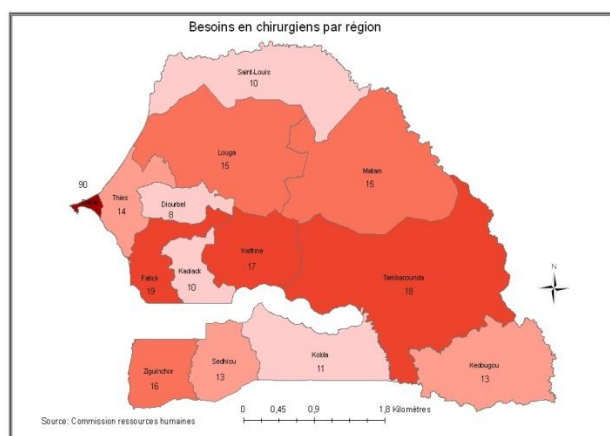
120 000 000 (Deux cent millions)/salle X 10 salles soit 1 200 000 000 (un milliard deux-cents millions) de francs CFA

La réfection et l'équipement des 63 salles (53 dans les hôpitaux et 10 dans les centres de santé) s'élèveront à :

80 000 000 (Quatre-vingt millions)/salle x 63 salles soit 5 040 000 000
(cinq milliards quarante millions) de frs CFA

Soit un total général de : 6 240 000 000 (six milliards deux-cent-quarante millions) de francs CFA.

Figure n°2 : Besoins en chirurgiens



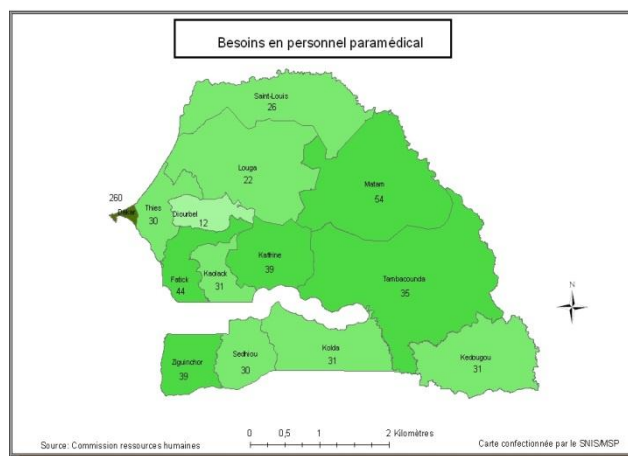
Malgré le nombre relativement élevé de chirurgiens, la région de Dakar en exprime le plus grand besoin (90). Les trois autres régions qui viennent après la capitale sont celles de Kaffrine, Fatick et Tambacounda. Pour les deux premières, l'importance de ce besoin s'exprime par le fait qu'elles ne disposent pas d'hôpital et par conséquent de chirurgiens.

La situation paradoxale de Dakar est à analyser avec précaution. En effet la carte suivante met en exergue un surplus de personnel dans les structures.

A Dakar, l'existant est sensiblement égal aux normes régionales, respectivement 165 et 166. Malgré cette satisfaction apparente, il y a un besoin de 90 chirurgiens. En réalité, si on prend par structure sanitaire, effectivement il y a ce besoin.

Toutefois, s'il y a possibilité de redéploiement, le besoin ne sera que d'un chirurgien dans la mesure où il y a une sur dotation de 89 chirurgiens dans les formations.

Figure n°3 : Besoins en personnel paramédical



La région de Dakar manifeste le plus grand besoin en personnel paramédical avec un déficit de 260 agents suivis plus loin par les régions de Matam, Tambacounda, Kaffrine, Fatick et Ziguinchor avec des besoins compris entre 54 et 35.

Les besoins s'élèvent à 980 agents dont 26,7 % de chirurgiens, de 72% de paramédicaux. Le reste est constitué de médecins rééducateurs et d'ingénieurs biomédicaux.

Analyse globale

L'analyse globale de la situation permet de mesurer les forces et faiblesses et de vérifier les opportunités et les menaces du projet.

En effet, la stabilité et la volonté politiques du pays qui dispose d'un système de santé cohérent et bien articulé au sein duquel la présence de la faculté de médecine, des UFRSS et des écoles de formations paramédicales constituent des atouts non négligeables.

Des écoles de formation professionnelle existent dans les principales régions du pays.

Les facultés de médecine forment des cadres médicaux en nombre suffisant.

Les filières de formation en pharmacie, biologie, ophtalmologie, électroradiologie et imagerie médicale, anesthésie- réanimation, kinésithérapie, niveau technicien supérieur à l'ENDSS, prédisposent une coordination efficace et une meilleure intégration des différents secteurs d'activités de la chirurgie.

La position géostratégique du pays, son système d'organisation administrative et politique et la dynamique de la coopération

internationale sont des forces qui peuvent contribuer à une bonne réalisation du projet de décentralisation des soins chirurgicaux au Sénégal.

Au chapitre des contraintes et des faiblesses, on constate l'existence d'un réseau timide en soins chirurgicaux, l'enclavement de certaines zones, l'insécurité dans la zone Sud et l'éloignement d'autres.

La réforme hospitalière qui envisageait l'amélioration de la performance des hôpitaux aussi bien au plan de la gestion que de la qualité des soins a fait preuve d'insuffisance.

Elle se traduit en une gestion inefficace et inefficace des hôpitaux, une répartition inéquitable des agents et autres ressources du secteur de la santé. Les hôpitaux qui ont vocation à prendre en charge les malades au niveau tertiaire, c'est-à-dire la recherche, l'enseignement et les soins spécialisés, n'arrivent pas à remplir leurs missions de prestation de soins de qualité à cause d'un plateau technique réduit souvent à leur plus simple expression.

LA VISION

L'organisation du système de santé et de services chirurgicaux doit se consolider autour de la pyramide sanitaire, où les organisations et les intervenants ont la responsabilité de rendre accessible un éventail de services le plus complet possible à la population, tout en agissant avec différents partenaires pour améliorer la santé et le bien-être de cette population. Ce schéma favorise une meilleure prise en charge, en particulier des personnes en situation de vulnérabilité, et facilite le cheminement des cas chirurgicaux entre les différents niveaux du réseau de soins de la pyramide sanitaire.

Les efforts d'intégration de l'offre de soins chirurgicaux au système de santé doivent être habités par le souci constant d'offrir des soins chirurgicaux qui sont bien adaptés aux réalités vécues par les personnes ainsi qu'aux caractéristiques particulières des différents bassins de résidence.

La réalisation de cette vision commande que les organisations et les intervenants du système de santé se mobilisent pour améliorer la performance des actions dont ils sont responsables avec une imputabilité.

2. Les enjeux, les orientations et les objectifs

Pour faire face aux pressions exercées sur le système de santé et plus particulièrement sur les services chirurgicaux et pour relever les défis actuels et à venir, le Ministère a déterminé des objectifs incontournables en alignement avec les orientations sectorielles. Ils se regroupent sous les trois enjeux ci-après :

- l'accessibilité géographique, organisationnelle et financière des soins chirurgicaux est renforcée ;
- la disponibilité et la qualité des soins chirurgicaux sur toute l'étendue du territoire est assurée ;
- la démographie du personnel médico-chirurgical et des professionnels de santé de soutien est améliorée.

Objectif sectoriel	Lien avec les objectifs du PSOC	Déclinaison dans les objectifs spécifiques du CDSMT
Réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infanto-juvénile	2.1.3 Participer au programme de chirurgie de district 3.1.1 Elaborer le plan de formation continuée des prestataires	1-a. Assurer les soins durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum à tous les niveaux, pour la mère et le nouveau-né par du personnel qualifié
Renforcer durablement le système de santé	1.1.1. Rendre fonctionnels les blocs opératoires existant au niveau des districts sanitaires 1.1.2. Appliquer des référentiels en termes d'infrastructures, d'équipements, de personnels et d'organisation des activités 1.1.3. Créer des pôles d'excellence pour	3-a. Améliorer la couverture en infrastructures sanitaires

	la réalisation des chirurgies lourdes	
	1.1.4. Créer des pôles d'excellence spécialisés	
	2.1.2 Renforcer l'offre de la chirurgie lourde et de la chirurgie des spécialités au niveau périphérique	
Améliorer la gouvernance du secteur	1.3.1 Mettre en place un réseau de soins cohérent pour mutualiser les équipements lourds 1.3.2 Réduire les coûts de revient des actes chirurgicaux 3.2.1 Renforcer le partenariat avec la FMPOS et les autres secteurs pour améliorer l'offre de soins chirurgicaux 3.2.2 Définir et mettre en œuvre le cadre de partenariat avec le secteur privé	4-a. Améliorer le système de planification et de suivi/évaluation 4-b. Renforcer le partenariat

ENJEU 1

l'accessibilité géographique, organisationnelle et financière des soins chirurgicaux est renforcée

Orientation 1.1

Optimisation de la fonctionnalité des services de chirurgie

Axe d'intervention : fonctionnalité des blocs opératoires des districts

Objectifs	Indicateurs	Cibles
1.1.5. Rendre fonctionnels les blocs opératoires existant au niveau des districts sanitaires	• % de blocs opératoires fonctionnels	• 80% des blocs opératoires fonctionnels d'ici 2014
1.1.6. Appliquer des référentiels en termes d'infrastructures, d'équipements, de personnels et d'organisation des activités	• % des structures où les référentiels sont appliqués	• 80% des structures sont aux normes d'ici 2015

Orientation 1.2

Amélioration du panel de l'offre de soins chirurgicaux du niveau périphérique

Axe d'intervention : création des pôles d'excellence chirurgicale

1.2.1	Créer des pôles d'excellence pour la réalisation des chirurgies lourdes	• Nombre de pôles érigés	• 85% des pôles érigés d'ici 2014
1.2.2	Créer des pôles d'excellence spécialisés	• Nombre de pôles créés	• 85% des pôles créés d'ici 2014

Orientation 1.3

Réduire les coûts de revient des prestations chirurgicales

1.3.1	Mettre en place un réseau de soins cohérent pour mutualiser les équipements lourds	• % de réalisation du réseau de soins	• 85% du réseau opérationnel d'ici 2014
-------	--	---	---

		• % des équipements lourds en partage	• 2015
1.3.2	Réduire les coûts de revient des actes chirurgicaux	• Données de base sur les coûts de revient des actes les plus pratiqués et par spécialité chirurgicale	• 2013
		• Evaluation des coûts	• 2015

ENJEU 2

La disponibilité et la qualité des soins chirurgicaux sur toute l'étendue du territoire est assurée

Orientation 2.1

Amélioration de la couverture des besoins de soins chirurgicaux

Axe d'intervention : mise en place d'un programme de chirurgie mobile

Objectifs	Indicateurs	Cibles
2.1.1 Renforcer l'offre de la chirurgie lourde et de la chirurgie des spécialités au niveau périphérique	• % des unités mobiles implantées	• 85% des unités mobiles opérationnelles d'ici 2015
Axe d'intervention : mise en place d'un programme d'assistance		
2.1.2 Participer au programme de chirurgie de district	• % de participation au programme des districts	• 75% des programmes assistés d'ici 2015

ENJEU 3

La démographie du personnel médico-chirurgical et des professionnels de santé de soutien est améliorée

Orientation 3.1

Renforcement des capacités des ressources humaines

Axe d'intervention : mise en place d'un programme de formation continuée

Objectifs	Indicateurs	Cibles
3.1.1 Elaborer le plan de formation continuée des prestataires	Plan de formation continuée validée	2013
3.1.2 Mettre en œuvre les plans de formation continuée postuniversitaire et de supervision de l'activité chirurgicale dans les régions et districts	% de réalisation des plans de formation et de supervision	85% de réalisation des plans d'ici 2015
3.1.3 Mettre à contribution les TIC pour la formation à distance et la télé-expertise	% de sites connectés	100% des sites connectés d'ici 2014

Orientation 3.2

Multisectorialité et Partenariat public-privé

Axe d'intervention : action intersectorielle

3.2.1 Renforcer le partenariat avec la FMPOS et les autres secteurs pour améliorer l'offre soins chirurgicaux	- Mise à jour convention MSAS et FMPOS - Evaluation de la mise en œuvre de la convention	2013 2015
3.2.2 Définir et mettre en œuvre du cadre de partenariat avec le secteur privé	- Cadre de PPP élaboré - Evaluation	2013 2015

Annexes

Enjeu 1

Renforcer l'accessibilité géographique, organisationnelle et financière des soins chirurgicaux.

Pour réaliser cet objectif spécifique deux orientations stratégiques sont formulées :

- l'optimalisation de la fonctionnalité des services de chirurgie ;
- la promotion du partenariat public-privé autour de la chirurgie.

Optimalisation de la fonctionnalité des services de chirurgie

Certains districts disposent de centres de santé avec des blocs opératoires dont quelques-uns ne sont pas opérationnels. Leur non fonctionnalité est relative à l'insuffisance du plateau technique et des ressources humaines.

Les mêmes problèmes se retrouvent au niveau des hôpitaux régionaux et nationaux où en plus, il y a une insuffisance de spécialistes.

En outre il n'existe pas de normes préétablies en matière d'offre de soins chirurgicaux à différents échelons de la pyramide sanitaire, d'où la nécessité de définir et d'appliquer des référentiels en termes d'infrastructures, d'équipements, de personnels et d'organisation des activités.

Offre chirurgicale Standard du District

1. Infrastructures

Le bloc opératoire disposera de :

- 2 salles d'opération aux normes chirurgicales ;
- 1 salle de réveil de 4 lits et équipée pour les besoins de réanimation ;
- 1 unité de stérilisation ;
- 1 groupe électrogène automatique de puissance suffisante.

L'environnement chirurgical comprendra :

- des services de soutien constitués de :
 - un laboratoire pouvant effectuer des examens d'hématologie, de biochimie et de bactériologie. Pour l'anatomie pathologique il suffira de faire le conditionnement et d'envoyer le prélèvement à la structure de référence ;
 - une banque de sang avec des possibilités de prélèvement, d'analyse et de stockage de poche de sang ;
 - un service d'imagerie médicale disposant d'une unité de radiologie conventionnelle et d'un d'échographe ;
 - un1 appareil d'électrocardiographie ;
 - une buanderie d'une capacité minimale de 20 kg.
- un incinérateur ;
- unité d'hospitalisation d'une capacité de 10 à 15 lits ;
- 1 salle de soins ;
- 1 pharmacie.

2. Equipement

Il comprendra les instruments et la logistique.

En matière d'instrumentation le bloc disposera de : i). 3 boîtes de laparotomie dont 02 pour adultes et 01 pour enfant ; ii) 2 boîtes de gynécologie ; iii) 4 boîtes courantes dont 3 pour adultes et pour enfants, iv) 1 boîte d'amputation ; v) des instruments complémentaires en fonction des spécialités), vi) 10 boîtes de pansements dans le centre de référence et 2 boîtes par poste de santé ;

La logistique sera constituée d'une ambulance médicalisée.

3. Ressources Humaines

L'offre de soins au niveau du district nécessite la présence de :

- 1 Chirurgien généraliste, à défaut un Interne en fin de formation avec au besoin un renforcement de ses capacités ;
- 1 Gynécologue-obstétricien ou spécialiste en fin de formation ;
- 2 techniciens supérieurs en anesthésie ;
- 1 technicien supérieur en ophtalmologie ;
- 3 aides opératoires dont un infirmier d'état ;
- 3 aides-soignants ;
- 2 techniciens de surface/ brancardiers ;
- 1 préposé à la buanderie ;
- 1 technicien de maintenance.

L'unité d'hospitalisation de chirurgie devra disposer au minimum de 3 infirmiers et de 3 aides infirmiers.

4. Activités chirurgicales

Les paquets d'activités à offrir seront :

- la chirurgie digestive et générale ;
- la chirurgie gynécologique et obstétricale ;
- la chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- la chirurgie urologique ;
- la chirurgie pédiatrique ;
- la neurochirurgie d'urgence ;
- l'ophtalmologie ;
- l'ORL ;
- la chirurgie thoracique / vasculaire.

5. Pathologies et techniques

Pour chaque spécialité, il a été retenu les principales pathologies à prendre en charge au niveau du centre de santé ainsi que les techniques et gestes appropriés (voir annexe A)

6. Organisation des soins

Le responsable de l'unité de chirurgie sera le chirurgien le plus ancien dans le grade le plus élevé.

Le recrutement des patients se fera par les chirurgiens lors des consultations qui s'effectueront deux fois par semaine pour les nouveaux et anciens malades.

Trois journées par semaine seront consacrées à la chirurgie réglée suivant un programme pré- établi. Chacune d'elles sera précédée par

une visite pré- opératoire effectuée par le chirurgien en collaboration avec le technicien supérieur en anesthésie.

Les outils de gestion à utiliser seront standardisés. Il s'agit : i) du dossier du malade ; ii) du registre des protocoles opératoires ; iii) du registre de consultation ; iv) de la fiche d'anesthésie ; v) du registre des consommables ; vi) du registre de décès, vii) du registre de rapport mensuel des activités.

Tous ces outils feront l'objet d'un archivage et la gestion des données sera informatisée.

La supervision des activités de chirurgie sera exécutée par l'hôpital régional et par l'université. Elle pourra aussi se faire dans le cadre du programme de mobilité ou de la télé médecine.

Les chirurgiens seront chargés du renforcement de capacités des infirmiers aux soins post- opératoires.

7. Les critères d'éligibilité

Pour être éligible à l'offre chirurgicale, un centre de santé sera apprécié sur la base d'un certain nombre de critères, à savoir :

- les critères sociodémographiques comprenant la taille de la population couverte par le district ; le ratio chirurgien/population, le nombre et l'importance des événements spéciaux ;
- les critères géographiques basés sur l'accessibilité, la position géographique et l'aire de rayonnement ;
- critères épidémiologiques relatifs au volume annuel de références et aux évacuations chirurgicales ;
- critères économiques c'est-à-dire la zone d'intérêt économique.

8. Priorisation

Parmi les centres de santé éligibles, la priorité sera accordée sur la base de :

- la disponibilité dans le Centre de Santé d'un plateau technique comprenant un bloc Médecine –Chirurgie-Obstétrique d'une capacité au moins 40 lits et des services de soutien ;
- l'éloignement par rapport à un centre de santé avec offre chirurgicale et/ou un Centre Hospitalier Régional ;
- les facilités ou possibilités de mobilisation de financement pour la création ou le complément du plateau technique et autres équipements ;
- la fréquence des pathologies chirurgicales et le volume des références ;
- les critères administratifs : choix institutionnel.

Offre chirurgicale Standard centre hospitalier régional

1. Infrastructures

Au niveau du centre hospitalier régional, le bloc opératoire comptera cinq salles d'opération aux normes chirurgicales dont 1 d'urgence, 1 septique, 3 propres, 1 hyper-propre. Les salles septique, propre et hyper propre pourront chacune d'elle abriter 5 interventions par jour. Les 7 chirurgiens présents devront chacun avoir 3 matinées opératoires par semaine. A côté des salles d'opération, le bloc devra disposer :

- 1 salle de réveil de 8 lits, équipée pour les besoins de réanimation,
- 1 unité de stérilisation,

- 1 groupe électrogène automatique de puissance suffisante,
- 1 salle de réanimation de 5 lits.

Les structures de soutien devront comprendre :

- 1 service d'aide au diagnostic avec des unités d'hémo-immunologie, de biochimie, de bactério-virologie, de parasitologie, d'anatomie-pathologique et d'imagerie médicale (échographie, radiologie conventionnelle, et scanner),
- 1 banque de sang,
- 1 pharmacie,
- 1 service de rééducation fonctionnelle (locomoteur, ORL, ophtalmo, respiratoire),
- des services médicaux (cardiologie, pédiatrie, médecine interne),
- 1 incinérateur,
- 1 buanderie.

Les structures annexes seront constituées de :

- 1 bibliothèque ;
- 1 salle de réunion (salle de staff + équipement informatique) ;
- 1 amphithéâtre ;
- 1 cafétéria ;
- 1 salle d'archives.

Le centre hospitalier régional devra disposer d'un service d'accueil et d'urgence et d'un service d'hospitalisation d'une capacité de 60 lits à répartir entre les urgences, l'orthopédie, la chirurgie viscérale et générale, les différentes spécialités et la maternité, une salle de soins par spécialité.

2. Equipement

L'instrumentation de base comprendra :

- des boîtes de laparotomie: 02 boîtes adultes, 2 boîte enfant ;
- 02 boîtes de gynécologie.
- 04 boîtes courantes ;
- 10 boîtes de pansements
- Le complément sera défini en fonction des spécialités (Voir Annexe B).

3. Les ressources humaines

Au niveau de l'hôpital régional, l'offre chirurgicale sera assurée par un personnel composé de 2 Chirurgiens généralistes, 2 Gynécologues-obstétriciens, 1 orthopédiste, 1 urologue, 1 Chirurgien pédiatre, 1 ORL, d'un ophtalmologue, 3 Techniciens supérieurs en ophtalmologie, 2 médecins anesthésistes, 6 techniciens en anesthésie, 1 technicien en kinésithérapie, 6 aides opératoires (IBODES), 2 IBODES pour la stérilisation, de 6 aides-soignants. Le centre hospitalier devra disposer en outre d'un Ingénieur biomédical, de techniciens de maintenance, de techniciens de surface/ brancardiers et de préposés à la buanderie.

Le fonctionnement du service d'hospitalisation en chirurgie sera assuré par des infirmiers, des aides infirmiers et des techniciens de surface.

4. Les activités

Le paquet d'activités au niveau du CHR sera constitué de :

- la chirurgie digestive et générale ;

- la chirurgie gynécologique et obstétricale ;
- la chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- la chirurgie urologique ;
- la chirurgie pédiatrique ;
- la neurochirurgie d'urgence ;
- l'ophtalmologie ;
- l'ORL ;
- la Chirurgie thoracique / vasculaire ;
- l'oncologie chirurgicale ;
- la chirurgie plastique et reconstructrice ;
- la chirurgie maxillo-faciale.

5. Pathologies et techniques

Au niveau du CHR, pour chaque spécialité, il a été retenu les principales pathologies à prendre en charge ainsi que les techniques et gestes appropriés (voir annexe C).

6. Organisation des soins

Le chef de service sera le chirurgien le plus ancien dans le grade le plus élevé.

Les autres responsables d'unités (bloc, hospitalisation) seront nommés par le chef de service.

La salle de réanimation et celle de réveil seront sous la responsabilité du médecin anesthésiste le plus ancien.

Le recrutement des patients se fera par les chirurgiens lors des consultations qui s'effectueront 2 à 3 fois par semaine pour les nouveaux et anciens malades.

Trois journées par semaine seront consacrées à la chirurgie réglée suivant un programme pré- établi. Chacune d'elles sera précédée par une visite pré- opératoire effectuée par les médecins anesthésistes.

Les urgences seront assurées 24h/24 par un chirurgien et un médecin anesthésiste sous forme d'astreinte.

Les outils de gestion à utiliser seront standardisés.

Il s'agit :

- du dossier du malade ;
- du registre des protocoles opératoires ;
- du registre de consultation ;
- de la fiche d'anesthésie ;
- du registre des consommables ;
- du registre de décès ;
- registre d'anesthésie ;
- le registre de rapport mensuel des activités.

Tous ces outils feront l'objet d'un archivage et la gestion des données sera informatisée.

La supervision des activités de chirurgie sera exécutée par un organe d'accréditation qui sera créé par le Ministère de la Santé et de la Prévention. Elle pourra aussi se faire dans le cadre du programme de mobilité ou de la télémédecine.

La référence se fera vers les pôles d'excellence.

Offre chirurgicale dans les pôles d'excellence

Les Pôle d'excellence ou centres de référence sont des centres qui permettront de faire de la chirurgie lourde avec une concentration des compétences. Deux catégories de pôles seront à considérer : les pôles universitaires et les pôles non universitaires.

Les pôles non universitaires seront construits ou érigés au sein des hôpitaux régionaux. Dans ce dernier cas, il s'agira d'améliorer l'existant.

1. Les services

Différents services doivent exister au sein d'un pôle d'excellence non universitaire. Il s'agit de services de Chirurgie digestive et générale, de Chirurgie gynécologique et obstétricale, de Chirurgie orthopédique et traumatologique, de Chirurgie urologique, de Chirurgie pédiatrique, de Chirurgie maxillo-faciale, de neurochirurgie, de l'Ophtalmologie et de l'ORL.

Le pôle d'excellence universitaire disposera en plus des services sus cités ceux de Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, d'Oncologie, de Chirurgie plastique et reconstructive.

2. Les Infrastructures

Le Bloc opératoire du pôle d'excellence non universitaire comprendra 06 à 8 salles d'opération aux normes chirurgicales, une salle de réveil de 8 lits, équipée pour les besoins d'une réanimation, une salle de réanimation de 5 lits, une unité de stérilisation et un groupe électrogène automatique de puissance suffisante.

Les structures de soutien sont les mêmes qu'au niveau du CHR à l'exception de l'IRM.

3. Les équipements

Les paquets d'équipements seront constitués en fonction des spécialités.

4. les Ressources humaines

Au niveau des pôles d'excellence l'offre chirurgicale sera assurée par un personnel composé de deux chirurgiens généralistes, deux Gynécologue-obstétriciens, deux orthopédistes-traumatologues, deux urologues, deux chirurgiens pédiatres, deux ORL, deux ophtalmologues, deux neurochirurgiens, trois techniciens supérieurs en ophtalmologie, quatre médecins anesthésistes, quatorze techniciens en anesthésie, deux médecins rééducateurs, trois techniciens en kinésithérapie, douze aides opératoires (IBODES), deux IBODES pour la stérilisation, trois aides infirmiers, dix aides- soignantes, deux ingénieurs biomédicaux, des techniciens de maintenance, des techniciens de surface/ brancardiers et des préposés à la buanderie.

Le fonctionnement de l'hospitalisation en chirurgie sera assuré par des infirmiers, des aides infirmiers et des techniciens de surface.

5. Les activités

Les paquets d'activités des pôles d'excellence sont les mêmes que ceux des CHR.

6. Organisation des soins

Un chef de service chirurgien sera nommé par spécialité. Un coordonnateur du bloc également chirurgien sera élu par ses pairs.

La responsabilité du bloc sera confiée à un IBODE.

Les salles de réanimation et de réveil seront placées sous la responsabilité du médecin anesthésiste le plus ancien.

Le recrutement des patients se fera au niveau de chaque service par les chirurgiens lors des consultations.

Chaque service établira son programme opératoire hebdomadaire en staff. Chaque programme sera précédé d'une visite pré opératoire effectuée par les médecins anesthésistes.

Les urgences seront assurées 24h/24 par un chirurgien et un médecin anesthésiste sous forme d'astreinte.

Les outils de gestion à utiliser seront standardisés.

Il s'agit :

- du dossier du malade ;
- du registre des protocoles opératoires ;
- du registre de consultation ;
- de la fiche d'anesthésie ;
- du registre des consommables ;
- du registre de décès ;
- du registre de rapport mensuel des activités.

Tous ces outils feront l'objet d'un archivage et la gestion des données sera informatisée.

La supervision des activités de chirurgie sera exécutée par un organe d'accréditation qui sera créé par le Ministère de la Santé et de la Prévention. Elle pourra aussi se faire dans le cadre du programme de mobilité ou de la télé médecine.

7. Création de Pôles spécialisés

Quelques pôles d'excellence seront créés. Il s'agit de :

- Pôle de Cancérologie ;
- Pôle de Grands brûlés ;
- Pôle de Transplantation d'Organes ;
- Centre national de référence qui regroupera toutes les disciplines de chirurgie.

8. Implantation des pôles

L'implantation des pôles se fera en fonction des critères suivants :

- les critères sociodémographiques comprenant la taille de la population couverte le ratio chirurgien/population, le nombre et l'importance des événements spéciaux ;
- les critères géographiques basés sur l'accessibilité, la position géographique et l'aire de rayonnement ;
- critères épidémiologiques relatifs au volume annuel de références et aux évacuations chirurgicales ;
- critères économiques c'est-à-dire la zone d'intérêt économique ;
- critères académiques.

Enjeu 2

Développement d'un programme de chirurgie mobile

1. Les objectifs :

- renforcer l'offre de la chirurgie lourde et de la chirurgie des spécialités ;
- participer au programme chirurgie de district ;
- assurer la formation continue postuniversitaire et la supervision de l'activité chirurgicale dans les régions et districts.

2. Les types d'activités

Il sera mené des activités dans les structures fixes que sont les hôpitaux régionaux, les pôles d'excellence, les services chirurgicaux des districts non encore inclus dans le programme district, et dans les structures mobiles (camions blocs opératoires, Hôpitaux démontables militaires).

3. Structures fixes

- Les ressources humaines

Il s'agit des :

- équipes chirurgicales des hôpitaux nationaux, hôpitaux régionaux, pôles d'excellence ;
- chirurgiens séniors (universitaires et des hôpitaux régionaux), médecins anesthésistes (universitaires et des hôpitaux régionaux) ;

- internes des hôpitaux, étudiants en DES de chirurgie et de spécialités chirurgicales ;
- réseaux de chirurgiens par spécialité chirurgicale regroupant tous les chirurgiens d'une même spécialité (universitaires, chirurgiens des régions, étudiants DES, Internes de la spécialité, médecins et techniciens, anesthésistes affiliés, techniciens paramédicaux et spécialistes de soutien).

- **Ressources matérielles**

Les ressources à mobiliser dans le cadre de cette activité seront :

- des ressources matérielles, des infrastructures des structures régionales et des districts (cf. normes services de chirurgie des districts, hôpitaux régionaux et pôles d'excellence) ;
- des instruments spécifiques par spécialité chirurgicale qui seront à déplacer et à utiliser principalement pour les missions de la chirurgie mobile (voir annexe D).

- **Modalités de transport des équipes**

Des véhicules tous terrains avec chauffeurs en nombre suffisant devront être mobilisés pour le déplacement des missionnaires.

Le transport aérien (compagnies privées, aviation militaire en cas de besoin) et maritime peut être requis pour certaines missions.

- **Programmation indicative des missions**

Le passage des missions sera trimestriel pour chaque spécialité chirurgicale.

La durée de la mission est fonction des spécialités concernées. Toutefois, elle varie entre 3 à 7 jours et s'accompagne d'un volet enseignement post- universitaire.

Le calendrier des missions sera établi par le Coordonnateur National en collaboration avec les MCR et les chirurgiens régionaux. Il sera fonction des demandes établies par ces derniers, du programme de chirurgie de district, et de la disponibilité des équipes chirurgicales. Il sera arrêté après la réunion du staff des responsables de spécialités chirurgicales et des coordinateurs des programmes de district et de mobilité.

Ce calendrier doit être disponible au moins un mois avant son entrée en vigueur.

- **Hébergement des équipes**

Les équipes en mission seront hébergées dans les structures sanitaires, les hôtels et les locaux dédiés et réservés à cet effet.

Les autorités administratives, sanitaires et les élus locaux seront sollicités pour faciliter cet hébergement.

- **Prise en charge des équipes mobiles**

Les équipes en déplacement bénéficieront d'une assurance maladies et accidents.

Des indemnités seront octroyées aux équipes en déplacement.

4. Structures mobiles

- **Les Ressources**

Le ressources matérielles et humaines sont les mêmes que celles utilisées dans les structures fixes.

- **Programmation**

Ces structures pourront être utilisées dans les cas de catastrophes en plus des demandes formulées par les MCR et les chirurgiens des hôpitaux régionaux.

- **Évaluation du programme mobilité chirurgicale**

Un Comité nommé, composé de chirurgiens, de médecins, de biologistes, de radiologistes, d'anesthésistes-réanimateurs, de cadres administratifs et financiers, sera chargé de faire l'évaluation du programme de mobilité chirurgicale.

Les programmes de mobilité venant de l'extérieur doivent avoir un agrément du comité de coordination dudit programme.

ENJEU 3

Partenariat Public Privé (PPP)

Dans un contexte de rareté des ressources, le Ministère de la Santé et de la Prévention est en phase de réalisation de grandes réformes structurelles et structurantes.

Ces réformes revêtent une grande importance et nécessitent l'implication de toutes les composantes du système de soins et l'intégration de l'ensemble de ses ressources.

Au Sénégal, le secteur de la santé comprend un volet public et un volet privé.

Le PPP recouvre l'ensemble des relations entre le Ministère de la Santé et de la Prévention, les structures relevant de sa tutelle et le secteur privé dont l'objet est l'association et/ou la participation et/ou la mise en commun des moyens en vue de l'amélioration de l'offre de soins et de services.

Les domaines possibles de partenariat sont entre autres :

- achat de prestations de services au privé ;
- coopération entre les services sanitaires ;
- offre de plateau technique et les lits du secteur privé ;
- exploitation commune d'équipements biomédicaux ;
- développement de réseaux intégrés de soins ;
- implication du secteur privé dans les programmes sanitaires et soins de santé de base ;
- formation des professionnels de santé ;
- expérimentation de nouvelles formes de management.

La finalité du PPP c'est d'améliorer les conditions d'accès, de la qualité de la prise en charge, de l'efficience du système et de l'optimisation des ressources.

Le cadre institutionnel du Partenariat Public Privé (PPP) pour le développement de l'offre de soins chirurgicaux au Sénégal repose principalement sur trois entités :

- la Direction de la Sante (Division de la Médecine Privée Médecine du Travail et de la Médecine traditionnelle) ;
- la Direction des Etablissements de Santé (Division des Etablissements Publics de Santé) ;
- la structure en charge du Financement de la Santé et au Partenariat au niveau MSAS.

Modalités de mise en œuvre du plan

Cadre institutionnel

Pour que le réseau de soins chirurgicaux soit opérant et surtout performant, il est nécessaire de disposer d'une structure administrative chargée de l'animation et de la gestion des activités chirurgicales au Sénégal.

Vu l'importance de cette structure, elle sera logée au cabinet du Ministre chargé de la santé.

Elle aura une fonction centrale de gestion administrative et financière des ressources du programme.

Dirigée par un fonctionnaire de la hiérarchie A encadré par des compétences dans la gestion, la comptabilité et le management, la

structure devra être à mesure de rationaliser les ressources et capable de rechercher la meilleure performance.

Elle procédera à une ventilation plus distillée du processus gestionnaire pour permettre une rationalité des ressources.

Elle sera en mesure de pouvoir administrer, planifier, réglementer et évaluer les activités, les performances, les comportements, les attitudes et aptitudes des acteurs à tous les niveaux de la pyramide.