



Bureau Organisation et Méthodes

« Mieux s'organiser pour être plus performant »

# la lettre du BOM

NUMERO 1 - 2026

Magazine semestriel du Bureau Organisation et Méthodes (BOM) • [www.bom.gouv.sn](http://www.bom.gouv.sn)



## La politique de santé au sénégal





 Bureau Organisation et Méthodes

# VISION DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ



La politique de santé publique de S.E.M. Bassirou Diomaye Diakhar FAYE s'articule autour :

- de la souveraineté sanitaire et pharmaceutique,
- du renforcement des infrastructures de proximité pour asseoir une équité territoriale et sociale.

Ses priorités incluent la construction de structures de santé et le déploiement d'ambulances pour assurer la mobilité des malades vers et entre les structures de santé.

## ÉQUIPE DE RÉDACTION

### **DIRECTEUR DE PUBLICATION**

Monsieur Amadou Lamine SY  
Directeur général du BOM

### **CHEF DE DESK SANTÉ**

Madame Aminata MBODJI

### **COMITÉ DE RÉDACTION**

Mesdames : Khady Ndiaye BEYE, Mame Khady MBAYE, Binetou BIAYE, Néné NGOM,  
Messieurs : Oumar El Foutiyou BA, Zacria GUEYE, Mamadou DIOP 1, Mamadou DIOP 2, Ceikh  
Tidiane LY, Toumany SANKHARE, Oumar SARR, Oumar DIOUF, Cheikh Fall MBAYE, Saidou DIAW  
Abdourahmane DIOP, Makhtar DIOP

### **ÉDITEUR**

Société Sénégalaise de Presse et de Publications (SSPP LE SOLEIL),  
Adresse : Route du Service Géographique Hann, Dakar Sénégal BP : 92 Dakar  
RP Dakar RC Dakar 7433/B – NINEA : 00279712Z3  
TEL : 33 859 59 59

RUBRIQUES	PAGES
Lettre éditoriale	06
Les programmes du ministère de la santé	07-09
L'accueil et l'orientation hospitalière	10-13
La gestion des ressources humaines	14-17
La carte sanitaire	18-21
La gestion des urgences	22-25
L'apport du privé dans la politique de santé	26-28
Le financement de la politique de santé	29-31
La dette des établissements publics de santé hospitaliers	32-34
La problématique du système d'approvisionnement en fournitures des structures de santé	35-37
La régulation	38-40
Les maladies émergentes	41-43
La gestion des déchets médicaux	44-47
La simulation médicale	48-51
Les évacuations sanitaires à l'étranger	52-54
Le relèvement du plateau médical	55-57

# la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

EDITORIAL



PAR M. AMADOU LAMINE SY  
DIRECTEUR GÉNÉRAL DU BOM

Au Sénégal, le droit à la santé et à un environnement sain est consacré par la Constitution de la République en son article 8. De plus, la loi fondamentale dispose dans son article 17 que « L'État et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'État garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier, l'accès aux services de santé et au bien-être».

Cette volonté politique de faire de la santé une priorité s'est traduite par la souscription de l'Etat à des engagements au niveau continental et international (Agenda 2063 de l'Union africaine, Objectifs de Développement durable, Stratégie mondiale 2016-2030 sur la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adolescent, etc.).

Ces engagements ont été réaffirmés dans l'Agenda national de Transformation Sénégal 2050, dans la Stratégie nationale de Développement 2025-2029 et pris en charge dans la lettre de politique sectorielle (LPS)2025-2029 du Ministère en charge de la Santé, référentiel qui sert de base au Plan national de Développement sanitaire et social (PNDSS).

A ce titre, la politique nationale de santé comprend l'ensemble des principes et orientations visant à : (I) prévenir les maladies, (II) préparer le système à prendre en charge les malades, (III) protéger et soigner les populations, (IV) garantir un accès équitable à des soins de qualité, (V) assurer la soutenabilité et l'efficacité du système de santé.

Dans la mise en œuvre de la politique de santé, le Sénégal a enregistré des avancées notoires ces dernières années en matière d'accès aux services de santé, de renforcement des infrastructures et de mise en œuvre de programmes prioritaires. Elles se sont traduites du côté de la demande notamment par une réduction des mortalités maternelle, néonatale et infanto juvénile et une augmentation de l'espérance de vie.

Toutefois, en dépit de ces progrès, des problèmes structurels persistent justifiant la lancinante question de l'efficacité de notre politique de santé. En effet, les évaluations et audits menés dans le domaine ont montré que le système de santé du Sénégal est confronté à des difficultés multiformes liées, entre autres, à la qualité des soins, au continuum de soins, à la pression financière sur les structures sanitaires, à la gestion des ressources humaines, à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire et également à l'évolution du profil épidémiologique. Ces problèmes structurels interdépendants appellent une lecture transversale et stratégique au-delà des analyses sectorielles ou opérationnelles.

Dans ce contexte et conformément à sa mission de veille et de conseil stratégique, le Bureau Organisation et Méthodes (BOM), dans une nouvelle version de son magazine, la Lettre du BOM, analyse la politique de santé au Sénégal en identifiant des thématiques pertinentes, susceptibles d'appeler une attention particulière.

Aussi, c'est pour faire une analyse à 360° de ce secteur vital de notre pays que quinze (15) sous-thèmes sont abordés dans la présente publication. Ces sous-thèmes ne pointent pas, dans les détails, toutes les questions de santé publique, mais ils permettent de faire une analyse stratégique du secteur.

Les différentes contributions s'appuient chacune sur l'expérience et le vécu professionnel de l'intervenant ou des intervenants, le cas échéant, sur des éléments de comparaison, de benchmarking ou des références pertinentes, présentées de manière accessible au grand public. Elles sont toutes assorties de recommandations concises susceptibles d'éclairer le décideur. L'intérêt de cette publication réside dans le mixage des analyses d'experts du secteur et des conseillers en organisation qui ont acquis le privilège légitime de parler de ce secteur après de multiples missions d'audit et de pilotage de la performance dans les structures de santé. Qu'il me soit permis de remercier très sincèrement les personnes ressources pour leur contribution déterminante à la réussite de ce projet.

Le BOM a voulu par ce format de publication réunir en un document unique une réflexion holistique, approfondie et inclusive, une aide à la prise de décision pour les décideurs et une « boîte à outils » pour l'ensemble des acteurs du secteur, voire de toute personne qui, pour une raison ou une autre, s'intéresse à la santé au Sénégal.

Le prochain numéro de la publication du BOM pour 2026 portera sur **le travail gouvernemental**.

Bonne lecture.

## SOUS-THÈME 1

*Requête du BOM : Les programmes de santé, alignés sur les engagements internationaux, africains et régionaux, constituent des leviers essentiels de la politique de santé du pays. Ils sont opérationnalisés à travers des interventions ciblées, structurées en vue d'améliorer la santé des populations. Dans un contexte marqué par la rareté des ressources, une pluralité d'intervenants en santé et le développement de nouvelles priorités, la coordination, l'efficacité et l'alignement des programmes du département en charge de la Santé constituent un enjeu majeur pour la performance du système de santé. La réflexion consiste à étudier les leviers susceptibles d'améliorer la lisibilité, la cohérence et l'impact des programmes du ministère sur la santé des populations.*



## LES PROGRAMMES DE SANTÉ

# la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»



Docteur  
Mame Cor NDOUR, expert en santé publique et renforcement des systèmes de santé

## ANALYSE SITUATIONNELLE

Le développement sanitaire est la production d'une population en bonne santé, gage d'un bien-être socioéconomique durable. L'OMS, lors de sa 30ème Assemblée mondiale en 1977, s'était fixé comme objectif la santé pour tous (SPT) d'ici l'an 2000 et avait adopté en 1978 à Alma-Ata, les soins de santé primaires (SSP) comme stratégie pour réaliser cet objectif. Toutefois, l'OMS a tenu à préciser que «la SPT est un processus, non une cible à atteindre une fois pour toute».

Le scénario de développement sanitaire à trois phases a été défini lors de la 35ème session du Comité régional de l'OMS à Lusaka pour accélérer le développement sanitaire, le système de santé étant considéré comme un système pyramidal à trois niveaux avec des rôles et responsabilités bien définis : le niveau central, le niveau intermédiaire (régional) et le niveau périphérique (district). Le niveau central définit les politiques et orientations du secteur, le niveau régional veille à une application de ces politiques au niveau périphérique en apportant l'appui stratégique nécessaire aux districts. Le district, entité opérationnelle la plus périphérique, prend en charge les besoins primaires de santé des individus, des familles et des communautés au niveau local en collaboration avec les populations et les autres secteurs de développement.

Depuis 1998 le Sénégal dispose d'un plan de développement sanitaire mis à jour régulièrement selon une périodicité décennale et mis en œuvre à travers un plan triennal glissant depuis l'entrée en vigueur des réformes budgétaires et financières, en droite ligne du règlement 6 de l'UEMOA transposé dans le droit positif sénégalais, à travers la loi organique relative à la loi de finance (LOLF) de 2011.

Avec les autorités issues des élections présidentielles de 2024, le référentiel des politiques de développement sectoriel est l'Agenda national de transformation Sénégal 2050. Chaque secteur dispose d'une lettre de politique sectorielle (LPS) alignée à cette vision dans le respect des engagements internationaux. La LPS-santé est mise en œuvre à travers les programmes actuels du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD)-santé qui sont au nombre de trois : (i) le pilotage, la coordination et la gouvernance ; (ii) la prévention et la promotion de santé ; (iii) l'offre de soins de santé de qualité.

Au cours de ces dix dernières années, le secteur de la santé s'est illustré par l'instabilité dans l'architecture du DPPD, la configuration des programmes ayant connu des changements récurrents contrairement au secteur de l'éducation. La stabilité des programmes du secteur de l'éducation est probablement due au fait qu'ils cadrent mieux avec les échelons de son système (primaire, moyen secondaire). L'instabilité des programmes santé du DPPD est source de confusion dans la distribution des rôles et responsabilités et d'incohérence dans l'allocation des ressources aux différents niveaux. Autant de difficultés pouvant impacter négativement la performance du système par manque d'efficacité des interventions.

## DEFIS ET PRECONISATIONS

Les principaux défis à relever dans la mise en œuvre des programmes santé du DPPD avec les préconisations y afférentes sont présentés ci-dessous :

- **le manque d'engagements des décideurs** : les directeurs nationaux à l'exception de la Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques (DPRS) et de la Direction de l'Administration générale et de l'Équipement (DAGE) se désintéressent du DPPD-santé. Il convient dès lors de procéder à une analyse situationnelle des organes de gouvernance du DPPD-santé pour mieux comprendre leurs motivations car ils jouent un rôle important dans la chaîne décisionnelle.
- **l'instabilité de l'architecture des programmes** : l'architecture actuelle des programmes DPPD-santé ne garantit pas la performance. Les principes de transparence, d'équité, de responsabilité et d'imputabilité ne sont pas respectés. Dans ces conditions, il est difficile de garantir la redevabilité, les ressources et les activités étant à cheval sur les programmes. A titre d'exemple, les services qui offrent des soins (primaires, secondaires, tertiaires) font également de la prévention, au niveau district comme au niveau régional. Le secteur de la santé gagnerait à suivre la même logique que le secteur de l'éducation en structurant ses programmes selon les différents échelons de la pyramide conformément au scénario à trois phases, défini plus haut : (i) Pilotage, coordination et gouvernance (niveau central) ; (ii) Système de santé régional (niveau intermédiaire) ; (iii) Système de santé de district (niveau périphérique). Cette architecture répond mieux à la définition des programmes DPPD en termes de paquets budgétaires équilibrés, alignés à des objectifs prioritaires du secteur, chaque programme ayant la parfaite maîtrise de ses ressources.

En effet, la réforme est censée assurer une allocation plus efficiente des ressources conformément à la Gestion axée sur les Résultats (GAR) et en tenant compte des objectifs fixés à chaque entité. «La logique de résultats» à la place de «la logique des moyens» est le principal changement introduit par le DPPD.

- **l'insuffisance du dispositif de gouvernance** : les organes de gestion du DPPD-santé ne sont toujours pas fonctionnels. La DPRS et la DAGE restent maîtres du jeu avec plus de responsabilités dans le processus que les responsables de programme eux-mêmes. A défaut d'une analyse situationnelle formelle de la fonctionnalité de ces organes, il faut au moins s'assurer qu'ils sont tous mis en place et veiller à la nomination des responsables des différents postes. Il faut également accentuer la formation et la supervision des acteurs du DPPD en veillant à la production des livrables de qualité requis dans le respect des délais prescrits. Au-delà du DPPD et de son mode de gouvernance, la formation des acteurs du DPPD doit aussi contribuer à mieux expliquer la place des programmes de santé verticaux classiques du genre PEV, PLNLP, PNT, VIH/SIDA, SRMNIA dans le DPPD. Ces programmes/projets porteurs de ressources sont plus connus des acteurs de la santé qui y sont très attachés et maîtrisent parfaitement les procédures des partenaires extérieurs qui les financent. La confusion entre les deux notions de programmes est entretenue, peut-être à dessein.

## SOUS THÈME 2

**Requête du BOM :** *L'accueil et l'orientation en milieu hospitalier sont cruciaux pour le parcours du patient, englobant l'accueil physique, administratif et l'orientation vers les soins. Ils nécessitent de l'empathie, la communication et une gestion efficace des flux pour réduire l'anxiété et améliorer la qualité des soins, grâce à l'outil numérique et une bonne formation du personnel. En tant que premier contact avec l'utilisateur, le dispositif d'accueil-orientation influence fortement la perception du service public de santé, la fluidité du parcours de soins ainsi que la qualité de la prise en charge. La problématique consiste à analyser la capacité du système à assurer un accueil structuré et une orientation adaptée capable de réduire les engorgements au niveau des services, les dysfonctionnements organisationnels et les délais d'attente*



## L'ACCUEIL ET L'ORIENTATION



Par Monsieur Saliou TALL, Administrateur des services de santé,

Chargé de développement de programmes de formation en santé à l'Université Rose Dieng France- Sénégal (Ex Campus Franco-Sénégalais) et Coordonnateur pour le Sénégal du Master 2 Recherche et Innovation en Soins de l'Université Sorbonne Paris Nord



Madame Aminata MBODJI, Conseillère en organisation au BOM

L'accueil et l'orientation en milieu hospitalier constitue depuis plusieurs années une préoccupation majeure pour les autorités publiques du Sénégal. Les usagers du service public se plaignent très souvent des difficultés d'orientation dans les structures sanitaires, des lenteurs dans les circuits de prise en charge, d'un manque d'empathie du personnel soignant et d'un déficit d'information.

En janvier 2014 déjà et suite à de nombreuses récriminations sur la qualité de l'accueil en milieu hospitalier, le Ministère de la Santé avait sorti une note de service (n°000570/MSAS/DGES/DEPS) adressée à l'ensemble des directeurs d'hôpital pour entre autres, mettre en place dans chaque établissement un bureau d'accueil et d'orientation, un bureau des usagers, un service d'accueil des urgences, l'affichage de la charte du malade, l'affichage des tarifs, etc.

Malgré les efforts consentis par les structures sanitaires publiques dans l'application de cette instruction, la qualité de l'accueil laisse toujours à désirer et fait souvent l'objet de plaintes et de réclamations de la part des usagers. Ce constat est documenté à travers l'enquête-observation du CICODEV Afrique en 2015 et la plus récente enquête sur la satisfaction du service public menée en 2022 (ESUSP 2022). Les résultats de ces enquêtes complétés par notre vécu dans les établissements hospitaliers, nous amènent à nous interroger sur les limites des dispositifs d'accueil et d'orientation des structures sanitaires publiques pour répondre aux exigences de qualité des usagers et d'essayer d'y apporter des pistes de solution.

## DIAGNOSTIC

Une analyse stratégique et fonctionnelle approfondie de la fonction accueil et orientation des patients et des usagers de l'Hôpital a permis de classer les insuffisances à trois niveaux :

### 1. Au niveau organisationnel

- **Sur le positionnement institutionnel**, la fonction accueil et orientation est souvent confiée à des entités de second rang (division, cellule ou un individu) sans réel pouvoir de décision. Par ailleurs, les professionnels de santé (infirmiers, sages-femmes, médecins) n'intègrent pas toujours cette fonction dans leurs missions, la considérant comme relevant d'autres acteurs ;
- **Sur le positionnement spatial de l'accueil dans l'établissement**, très souvent, le service d'accueil et d'orientation est installé dans un box fermé, désaxé du circuit du patient. Les agents sont peu visibles et difficilement identifiables ;
- **Sur l'organisation du service d'accueil des urgences**, les agents d'accueil et d'orientation ne sont pas considérés comme membre du personnel des services médicaux et n'ont pas très souvent accès aux informations utiles dont les usagers ont besoin ;
- **Sur la disponibilité temporelle du service d'accueil**, le service d'accueil et d'orientation, au cas où il existe, est généralement disponible les matinées de 8h (bien après l'arrivée de la majorité des usagers) à 12h. Au-delà, les agents d'accueil ne sont plus visibles dans la plupart des hôpitaux, il en est de même la nuit et les jours non ouvrables.

# la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

## 2. Au niveau des ressources Humaines

La majorité des agents d'accueil ne disposent d'aucune qualification spécifique dans le domaine et n'ont, pour la plupart des cas, bénéficié d'aucune formation de mise à niveau. Ils ont souvent un statut précaire et mal payés. Ils considèrent leur poste de travail comme transitoire en attendant de trouver mieux et sont donc peu motivés.

## 3. Au niveau de la visée clientèle

- **Sur le circuit du patient**, il n'est pas très souvent optimisé et présente des allers-retours entre les services de facturation, de caisse, le secrétariat et les services de prise en charge souvent éloignés les uns des autres ;
- **Sur le circuit de prise en charge médicale et d'exploration**, les services enregistrant les plus forts taux d'insatisfaction sont les consultations, les services d'urgence et les hospitalisations notamment dans les services chirurgicaux.
- **Sur le circuit administratif**, les formalités administratives sont souvent centralisées (un seul bureau d'entrée pour toutes les prises en charge, pas suffisamment de guichets de facturation et de caisse). L'utilisateur est souvent appelé à suivre plusieurs files d'attente, une pour la facturation, une pour le paiement, une pour le secrétariat et enfin une pour accéder au médecin. Une optimisation du circuit est nécessaire pour réduire et optimiser ces temps d'attente ;
- **Sur le matériel d'accueil et d'orientation**, il est souvent insuffisant ou inexistant (absence de panneaux d'orientation visuels, de signalétiques, de système de gestion de file d'attente, de box d'accueil au niveau des services médicaux). Les agents sont souvent en position debout ou dans des positions ergonomiques inadaptées et ne peuvent tenir ainsi pendant plusieurs heures.

## RECOMMANDATIONS

Plusieurs axes d'amélioration sont proposés :

### AXE 1 : ANCRAGE INSTITUTIONNEL, PILOTAGE, ET COMMUNICATION

- Renforcer le pilotage en rattachant l'entité en charge de l'accueil au Directeur de l'établissement ;
- Intégrer la fonction accueil dans les fiches métiers des personnels soignants ;
- Améliorer la communication avec les agents impliqués dans l'accueil ;
- Organiser périodiquement des enquêtes de satisfaction et partager les résultats avec toutes les parties prenantes.

### AXE 2 : PROFESSIONNALISATION, CAPACITATION ET DÉVELOPPEMENT DES MEILLEURES PRATIQUES

- Recruter des agents d'accueil disposant d'une formation paramédicale de base ou ayant un niveau minimal de baccalauréat ;
- Elaborer des fiches de poste et un référentiel de compétences ;
- Mettre en place un manuel de procédures en matière d'accueil ;
- Organiser des formations continues et des évaluations périodiques ;

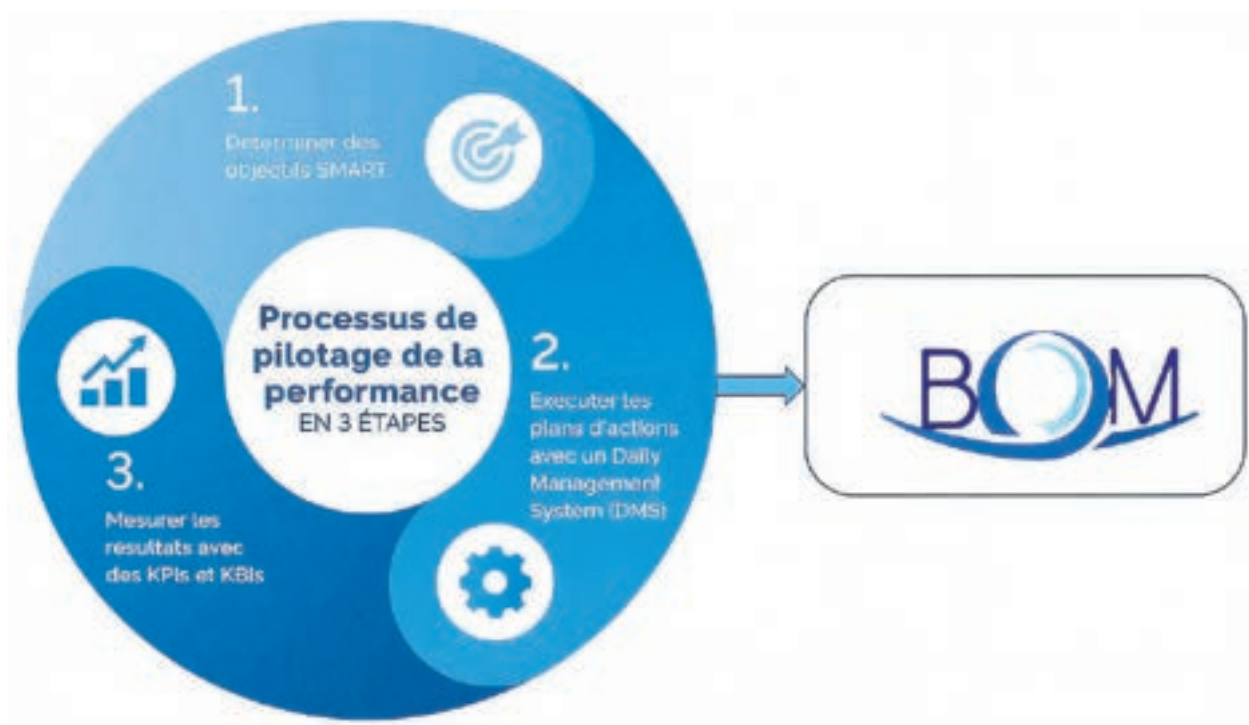
- Intégrer un travailleur social dans les équipes des services comme les urgences les consultations et les hospitalisations pour gérer la communication avec les accompagnants et patients.

#### AXE 3 : POSITIONNEMENT GÉOGRAPHIQUE, MODERNISATION DES ÉQUIPEMENTS ET COMMODITÉS DE TRAVAIL

- Positionner les services d'accueil en front office afin que l'agent d'accueil soit le premier contact avec l'utilisateur ;
- Concevoir des comptoir d'accueil ouverts et visibles à la place des box fermés ;
- Renforcer les équipements (téléphone, tenues distinctives, sièges ergonomiques) ;
- Mettre en place une signalétique claire (des panneaux d'orientation avec images) ;
- Installer des systèmes de gestion de file d'attente et aménager des espaces d'attente modernes.

#### AXE 4 : RÉORGANISATION ET ADAPTATION DU PARCOURS PATIENT

- Décentraliser les guichets et les bureaux administratifs en les installant à l'entrée des services de prise en charge médicale et de diagnostic ;
- Privilégier des comptoirs d'accueil intégrés avec la facturation et l'encaissement.



## SOUS-THÈME 3

Requête du BOM : Au Sénégal, la gestion des ressources humaines est une thématique importante et sensible du système de santé en ce sens que les RH en constituent les déterminants de la qualité et du continuum de soins. Fort de ce constat, l'Etat avec l'appui de ses partenaires, a procédé ces dernières années à un recrutement massif qui a permis de relever les effectifs, des médecins, techniciens supérieurs, sages-femmes, infirmiers d'Etat et assistants infirmiers, des formations sanitaires. Par ailleurs avec l'appui financier des structures comme le BOM et des partenaires au développement, certains personnels de santé ont bénéficié de financements de formation qui leur ont permis d'être reclassés dans des catégories socio professionnelles plus attractives et à leurs structures de disposer de nouveaux profils. L'analyse de la situation des ressources humaines menée, en prélude de l'élaboration du PNDSS 2018-2029, révèle nonobstant ces avancées, des contraintes structurelles persistantes liées à la disponibilité, la répartition, la motivation et la performance des ressources humaines en santé. Cette situation amène à interroger les enjeux actuels liés au recrutement et à l'insertion des diplômés, à la fuite des cerveaux, à la reconnaissance des titres et aux autres problèmes de gestion des ressources humaines en santé et leur impact sur l'offre de soins.



## LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

## la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»



Madame Khady  
NDIAYE BEYE,  
Conseillère en  
organisation au BOM



Monsieur Mamadou  
DIOP, Conseiller en  
organisation au BOM

Les ressources humaines (RH) représentent la richesse première permettant d'organiser, de structurer et développer le milieu sanitaire grâce à l'utilisation d'un ensemble de pratiques. La gestion des ressources humaines (GRH) de la Santé est confrontée à des contraintes structurelles liées au déficit dans la disponibilité du personnel, aux problèmes d'équité territoriale dans la répartition, aux faiblesses dans la motivation et la performance des agents. A ces difficultés s'ajoutent, en particulier, des enjeux relatifs au recrutement, à l'insertion des diplômés, et à la fuite des cerveaux, qui fragilisent l'offre de soins et la qualité des services.

Le système sanitaire sénégalais souffre d'un déficit chronique et permanent en ressources, aussi bien humaines, matérielles que financières. En matière de disponibilité, le Sénégal peine à atteindre le ratio standard médecins/population de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le nombre de professionnels de santé est bien en dessous des normes minimales recommandées : seulement environ 0,38 agent de santé pour 1 000 habitants (contre 2,3 recommandé). En 2022, les données révèlent des ratios encore très faibles, comme 1,1 médecin pour 10 000 habitants, 0,72 infirmier diplômé d'Etat (IDE) pour 5 000 habitants et 0,94 sages-femmes pour 1 500 FAR (source : Annuaires MSAS 2022), confirmant ainsi cette pénurie structurelle.

L'insuffisance du nombre de professionnels de santé au niveau global est accentuée par les besoins croissants liés à la démographie et la prise en charge de plus en plus accrue des maladies chroniques. Cette insuffisance globale cache également des disparités avec un déficit marqué dans certaines spécialités (médecins spécialistes, sages-femmes d'Etat, infirmiers qualifiés).

En dépit de ces déficits, le Sénégal regorge de professionnels de santé qualifiés susceptibles de combler le gap, si le budget nécessaire pour les recruter est disponible. Des problèmes persistent liés aux faibles capacités d'absorption du système, entraînant le chômage ou le sous-emploi de jeunes diplômés mais aussi d'intégration des praticiens formés, malgré le déficit en spécialistes.

La GRH de la Santé a pour objet de veiller principalement à ce que les personnels formés soient utilisés de façon équitable en vue d'une efficacité maximale en fonction des besoins. La répartition des RH de la Santé est marquée par des inégalités territoriales avec une forte concentration des personnels dans les zones urbaines. Dakar accueille plus de la moitié (53,16%) des effectifs des ressources humaines, les treize (13) autres régions se partageant le reste. La faible attractivité des zones rurales et périphériques, entre autres, entraîne un déséquilibre territorial dans la répartition des RH pour un accès équitable aux offres de services de la Santé, notamment des spécialités, de sorte qu'il recourt à un personnel au profil varié.

**Le succès d'un établissement sanitaire et sa résilience dépendent de la façon de tirer le meilleur parti de son capital humain.** La réalité des établissements de santé est celle d'une cohabitation de profils aux statuts très différents : titulaires permanents, médecins spécialistes, professeurs d'universités, internes en formation, contractuels, personnels des collectivités territoriales, et parfois des vacataires en mission temporaire. Les équipes incluent aussi d'autres cadres supérieurs de santé non médecins et des paramédicaux.

**La gestion de la carrière de ces profils hétérogènes nécessite une architecture managériale plus ou moins sophistiquée, capable d'intégrer simultanément des variables multiples basées sur des règles de cumul ou d'exclusion entre les différents statuts du personnel.** En l'absence de coordination optimale, la gestion verticale des différents composants du système sanitaire risque d'engendrer de nombreuses difficultés. Dès lors, la GRH de la santé impose une rigueur juridique et administrative absolue.

## la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

Au caractère hybride du statut, s'ajoutent d'autres problèmes relatifs à l'acquisition des ressources humaines qui entravent leur performance globale. Il s'agit notamment des délais importants entre la fin des études et l'intégration dans la fonction publique ; du manque de formation continue et de mise à jour des compétences ; de la faible culture de l'évaluation et de la gestion axée sur les résultats ; de l'insuffisance des outils numériques pour le suivi et la planification des ressources humaines. Les tentatives de mettre en place un système intégré de gestion des ressources humaines (IHRIS, MIRADOR Santé) n'ont pas encore produit les effets escomptés liés à la maîtrise des effectifs et à une gestion harmonisée.

La dimension stratégique de l'acquisition de RH et de la rétention de certains spécialistes constitue, à terme, l'un des apports les plus déterminants pour la consolidation du système de santé. La planification des RH doit prendre suffisamment en compte les besoins réels du système de santé et se fonder sur une véritable gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences.

Au niveau opérationnel, les structures de santé instaurent des pratiques de gestion des RH pour atteindre leurs objectifs au quotidien. Sur le volet de l'acquisition de RH, elles font face à des difficultés de recrutement qui sont étroitement liées aux problèmes de motivation des personnels et de rétention des spécialistes, lesquels sont surtout causés par la mobilité du personnel.

Le système fait face à des défis structurels de rétention et de motivation des personnels. Les conditions de travail sont souvent considérées comme peu attractives en raison de l'isolement de certaines zones, d'un manque de services pour les familles, et de possibilités limitées d'évolution professionnelle. Il s'y ajoute d'autres défis liés à la faible reconnaissance sociale et professionnelle, à des rémunérations jugées peu compétitives par rapport aux standards régionaux et internationaux, à la perte de compétences stratégiques, notamment dans les spécialités médicales rares. Le Sénégal est ainsi confronté à une fuite des cerveaux, des départs vers d'autres pays de ses ressources pour lesquelles il a beaucoup investi.

Ainsi, les hôpitaux sont obligés d'offrir des incitations pour éviter que les professionnels de santé les mieux formés n'optent pour de meilleures conditions salariales et professionnelles. Cela génère inévitablement des charges administratives importantes, dont le coût humain et financier est difficilement quantifiable mais bien réel. Dans de nombreuses structures hospitalières, les frais de personnel représentent entre 60 et 70 % des charges d'exploitation avec comme conséquences immédiates des impacts sur l'équilibre budgétaire. Ce qui peut être préoccupant, compte tenu des autres charges de fonctionnement et des investissements à consentir.

Le système sanitaire sénégalais est actuellement confronté à des enjeux relativement complexes liés à la gouvernance des ressources humaines et à la gestion du dialogue social. Il est régi par divers textes légaux et réglementaires tout en tenant compte de la nomenclature et de la catégorisation particulière dont jouissent certaines catégories professionnelles des personnels de santé. La sensibilité du secteur, la taille des effectifs, la complexité et la diversité de leur gestion mènent à des mouvements de grèves récurrentes des syndicats qui affectent tout le système de santé.

Toutes ces considérations doivent induire un changement de paradigme dans la gestion des ressources humaines, laquelle devra reposer sur une logique plus cohérente. Des mesures explicites et bien conçues concernant la GRH pour la santé constituent un mécanisme important grâce auquel le gouvernement peut améliorer la performance du système de santé.

Pour ce faire, à défaut d'une fonction publique hospitalière, des plans de renforcement des ressources humaines stimulants et des passerelles entre les différentes catégories d'emplois permettront une flexibilité et une complémentarité. Cela nécessite l'existence d'un système de gestion qui se charge de fournir les informations nécessaires avec rapidité, précision, coût et temps afin de rationaliser les tâches de gestion dans les établissements de santé. L'enjeu est ici d'instaurer une véritable agilité organisationnelle, capable de concilier simultanément les contraintes légales et l'urgence vitale permanente du système. Un équilibre délicat que seule une solution structurelle robuste peut raisonnablement garantir dans la durée.

# la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

Pour ce faire, les recommandations ci-après sont formulées :

- **renforcer la planification stratégique**
  - élaborer une politique nationale de gestion des ressources humaines de la Santé ;
  - développer des projections pluriannuelles pour anticiper les besoins.
- **améliorer l'équité territoriale dans la répartition du personnel**
  - instaurer des incitations financières et sociales pour les affectations en zones rurales ;
  - développer des infrastructures et services de base pour rendre ces zones attractives.
- **valoriser et motiver les professionnels**
  - revoir les grilles salariales et les primes de performance ;
  - promouvoir la formation continue et la certification des compétences.
- **réduire la fuite des cerveaux**
  - créer des programmes de fidélisation (bourses de spécialisation avec obligation de retour) ;
  - développer des partenariats internationaux pour des échanges encadrés plutôt que des départs définitifs.
- **optimiser le recrutement et l'insertion**
  - simplifier et accélérer les procédures administratives d'intégration ;
  - favoriser l'embauche des jeunes diplômés dans les structures privées et communautaires via des incitations fiscales.
- **moderniser la gestion des carrières**
  - poursuivre la mise en place un système numérique intégré fonctionnel de gestion des ressources humaines ;
  - développer une politique claire de mobilité, promotion et évaluation.



## SOUS-THÈME 4



Requête du BOM : la carte sanitaire peut être définie comme étant le dispositif qui décrit et organise l'offre de soins sur le territoire national. C'est un outil essentiel de planification qui, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, améliore l'équité d'accès aux soins. Dans ce sillage le Sénégal s'est évertué ces dernières années dans la construction et l'achèvement d'infrastructures, l'acquisition d'équipements de dernière génération et le recrutement accru de personnel qualifié. Malgré ces réalisations, l'analyse des indicateurs de couverture fait montre d'une répartition inégale des infrastructures sanitaires, d'une insuffisance dans la disponibilité des paquets de services aux différents niveaux de la pyramide sanitaire et dans la couverture en personnel qualifié. La question est de savoir comment la carte sanitaire pourrait être mieux utilisée pour réduire les inégalités territoriales en matière de santé.

## LA CARTE SANITAIRE



Oumar El Foutiyou  
BA, Conseiller en  
organisation au BOM



Mamadou DIOP 2,  
Conseiller en  
organisation au BOM

L'élaboration et la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire et social (PNDSS) illustrent éloquemment l'intérêt accordé à ce secteur et au respect du droit à la santé. C'est justement pour permettre à toute la population d'accéder à ce droit fondamental garanti par la Constitution qu'une **carte sanitaire est institué périodiquement par arrêté ministériel pour servir de boussole au déploiement du PNDSS.**

### SIGNIFICATION ET PORTÉE

Aux termes des dispositions du décret n° 2009-521 du 4 juin 2009 relatif à la carte sanitaire, celle-ci a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire, de manière optimale, les besoins de santé. Elle détermine de façon globale, sans distinction entre le secteur public et le secteur privé, la nature ainsi que la localisation des structures, des équipements et des ressources humaines nécessaires à la prise en charge des patients.

La carte sanitaire a pour objectifs :

- de prévoir, encadrer et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins au niveau de chaque région du pays ;
- de développer la concertation entre les différents acteurs et secteurs de l'offre de soins;
- d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la population pour les cinq (5) prochaines années ;
- d'offrir un cadre de référence formel aux différents mécanismes de planification et de régulation de l'offre de soins ;
- de renforcer l'intégration des soins.

Dans cette perspective, la carte sanitaire oriente la mise en œuvre du PNDSS et sert de base au système de planification du secteur.

Au Sénégal, la carte sanitaire est établie suivant une approche participative impliquant les populations, les autorités administratives centrales et déconcentrées et les techniciens du ministère en charge de la santé. Sa conception et son élaboration reposent sur une évaluation précise des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et épidémiologiques, ainsi que des progrès des techniques médicales, après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existante. La carte sanitaire s'insère dans le découpage administratif et s'articule avec les zones de couverture sanitaire correspondant aux trois niveaux du système de soins à savoir, le district sanitaire, la région médicale et le niveau national.

- 1- Le district sanitaire comprend un centre de santé de référence, un établissement public de santé hospitalier (EPS) de niveau 1 ou un hôpital de district, des centres de santé secondaires, des postes de santé, avec ou sans maternité, et d'autres types de structures sanitaires situées dans le ressort territorial des collectivités territoriales d'implantation. Les normes d'implantation des postes et des centres de santé, selon le nombre d'habitant, ajustées en fonction de critères relatifs à l'incidence de la pauvreté, à la position géostratégique, au ratio des centres de santé, au ratio des postes de santé, ainsi que la densité de la population, sont établies de manière rigoureuse.

## la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

- 2- La région médicale dispose d'au moins un établissement public de santé hospitalier de niveau 2, dénommé centre hospitalier régional, dont les capacités sont fixées en médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique et pédiatrie, conformément au cahiers des charges, approuvé par décret.
- 3- Un établissement public de santé hospitalier de niveau 3, dénommé centre hospitalier national, dispose de capacités d'hospitalisation en médecine et spécialités médicales, chirurgie et spécialités chirurgicales, avec des normes similaires à celles des établissements publics de Santé hospitalier de niveau 2 prenant en compte les missions d'enseignement et de recherche, conformément au cahier des charges, approuvé par décret.

L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de santé et d'action sociale passent par le respect et la mise en œuvre de la carte sanitaire.

### SUIVI ET ÉVALUATION DE LA CARTE SANITAIRE

La carte sanitaire fait l'objet, chaque année, d'un suivi régulier, effectué par la Cellule de la Carte sanitaire et sociale et de l'Observatoire de la Santé (CSSDOS) dont l'une des missions fondamentales consiste à élaborer la carte et à suivre sa mise en œuvre.

Cet objectif s'effectue dans le cadre d'une optimisation continue de la répartition des ressources humaines, matérielles, financières, informationnelles et technologiques du système national de santé en vue d'assurer, pour chaque sénégalais, quel que soit son lieu de résidence, un accès à des soins rapides, de qualité et à un coût acceptable.

Pour rappel, en 2026, le Sénégal compte **14** régions médicales, **79** districts sanitaires et **3 915** structures de santé réparties en **40** hôpitaux, **1 584** postes de santé, **107** centres de santé dont **74** de type 1 et **40** de type 2 et **2 197** cases de santé, **9** établissements publics de santé de type 1, 18 de type 2 et 13 de type 3.

Le personnel compte **34 388** professionnels de Santé répartis entre **10 151** corps administratifs et **23 311** corps techniques

Ces acteurs du public sont complétés par le secteur privé avec **120** hôpitaux et cliniques, **72** Laboratoires d'analyse, **1 230** officines de pharmacie, **1 875** médecins généralistes, **1 252** Médecins spécialistes et **102** cabinets dentaires.

La mise à jour continue des données de la carte sanitaire permet d'apprécier le niveau de réalisation des besoins en création de nouvelles structures de santé, en acquisition d'équipements et en recrutement de ressources humaines et facilite l'élaboration des documents de programmation et d'évaluation du secteur de la Santé.

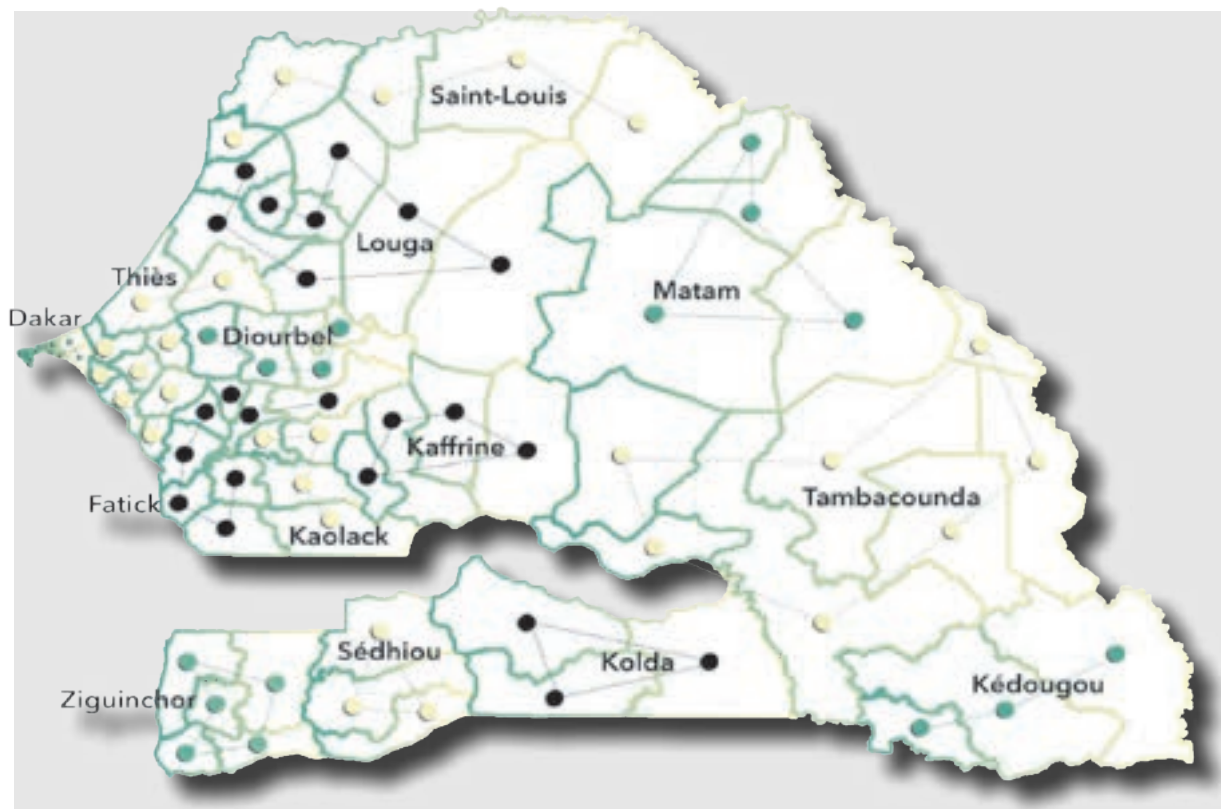
Dans le souci de se conformer aux engagements souscrits dans la cadre de la déclaration d'Astana (Kazakhstan) sur les Soins de Santé primaire (SSP) et de placer l'équité au cœur des politiques publiques de santé, le Sénégal procède régulièrement à l'actualisation de la carte sanitaire.

La nouvelle carte sanitaire 2026-2030 ambitionne d'améliorer l'équité territoriale en matière de santé, de réorganiser certains échelons de la pyramide sanitaire et de relever les plateaux techniques y compris par l'utilisation de la Télé-santé.

Par rapport à sa mise en œuvre, il ressort que l'Etat du Sénégal a consenti des efforts notoires pour améliorer l'accès aux soins et services de santé par des constructions et réhabilitations d'infrastructures, des acquisitions d'équipements pour les services de santé de base et de référence. Dans le même ordre d'idées, le Gouvernement a considérablement relevé les effectifs des médecins, techniciens supérieurs de santé, sages-femmes, infirmiers, assistants infirmiers, au profit des populations, encouragé la santé digitale (télémédecine, dossier patient informatisé) et œuvré à une meilleure inclusion des collectivités territoriales et des acteurs du secteur. On note aussi, en dépit de l'insuffisance de certains paquets de services dans les régions, une répartition améliorée des infrastructures sur le territoire national au profit de certaines régions (Kédougou, Kaffrine et Sédhiou) qui ne disposaient pas d'hôpital régional fonctionnel.

## LA CARTE SANITAIRE ENTRE DÉFIS ET PERSPECTIVES

Malgré ces avancées significatives dans les différents domaines d'intervention de l'action publique, la carte sanitaire présente encore un certain nombre de faiblesses qui font obstacle à la prise en charge optimale des besoins en santé publique et nous éloignent des normes et standards internationaux. Les défis identifiés, soit autant de perspectives, concernent, notamment, l'amélioration de la couverture territoriale et démographique en infrastructures, équipements et ressources humaines, l'effectivité de la disponibilité des unités de soins en vue de rapprocher le patient des soins, la communication des plateformes digitales de santé permettant un meilleur suivi du patient, et, enfin, le relèvement des plateaux techniques pour anticiper sur la création prochaine des Etablissements publics de Santé de niveau 4.



## SOUS-THÈME 5

Requête du BOM : la prise en charge des urgences est l'une des missions premières d'une structure de santé. Face aux mutations induites par le développement économique, l'urbanisation et l'évolution des modes de vie, les établissements de santé sont confrontés de nos jours à une demande exponentielle de soins d'urgence qu'ils peinent à contenir. Cette situation peut être une contrainte à la promotion du droit à la santé et interroge la capacité du système de santé à garantir une prise en charge rapide et équitable des urgences. La gestion des urgences constitue un point d'attention majeur du système de santé et un indicateur de sa capacité à répondre rapidement aux besoins immédiats des populations. Les fréquentes récriminations des populations dans le domaine amènent à analyser les défis majeurs liés à l'organisation et à la prise en charge des urgences afin d'en identifier les pistes d'amélioration.



## LA GESTION DES URGENCES



Docteur Abdallah  
WADE, ex Directeur  
du SAMU

La prise en charge des urgences (PECU) constitue un pilier de l'offre de soins d'un système de santé résilient. Toutes les maladies passent dans leur évolution par des phases aiguës, obligeant une prise en charge thérapeutique d'urgence qui demande des moyens adaptés depuis le pré-hospitalier jusqu'à la structure de référence proche ou éloignée dispensatrice de soins publiques ou privées sur le plan national. Au Sénégal, les urgences représentent l'un des principaux motifs de consultation au sein des établissements de santé. Ces situations d'urgence surviennent fréquemment à domicile, sur la voie publique, ou dans des centres de santé de niveau 1, où les ressources médicales sont souvent limitées et ne permettent pas de répondre de manière adéquate aux besoins des patients, des soins de qualité autour d'une communication sur la maladie dans la communauté, les signes de danger et leur mitigation surtout s'il y'a une **menace vitale**.

## ANALYSE

Les urgences sont dominées par les traumatismes secondaires aux accidents de la voie publique, les urgences obstétricales, les urgences cardiovasculaires. Le système de santé sénégalais est confronté à de nombreux défis en matière de gestion des urgences.

La décentralisation du Service d'aide médicale urgente (SAMU) permettra de jouer un véritable rôle sur les urgences en général et obstétricales en particulier au niveau le plus périphérique possible (Poste de santé, case de santé),

Une bonne gestion des urgences nécessite une logistique commune et indispensable qui regroupe : **i)** un système de communication et d'alerte infaillible des centres de régulation avec un personnel qualifié. **ii)** un système d'évacuation et d'accessibilité aux services d'urgence. **iii)** des services d'urgence et de réanimation équipés et fonctionnels.

La gestion de l'urgence vitale au-delà du caractère brutal de sa survenue, constitue une période de vulnérabilité (sociale et financière) pour la famille qui requiert une bonne structuration de nos services d'urgence gage d'une préservation de la vie.

L'Agenda de transformation Sénégal 2050, à travers la mise en place d'une politique de santé axée sur les résultats probants centrés sur l'organisation sécuritaire, l'analyse de la situation actuelle des antennes SAMU, nécessite que des mesures soient prises urgemment pour un meilleur fonctionnement par un renforcement des infrastructures, des équipements, de la communication, des ressources humaines notamment :

**Infrastructures :** en pré-hospitalier, sur les 14 régions, seules 5 disposent d'une antenne SAMU à travers la mise en place d'un Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) : Saint-Louis, Diourbel, Kaolack, Ziguinchor, Kolda. Trois (3) sont logées dans un hôpital. Les Unités d'accueil des urgences (SAU) des districts et Service d'accueil des Urgences (SAU) des hôpitaux non encore aux normes pour la plupart doivent être complétés par des Postes Urgence Communautaires (PUC).

La mise en place des services mobiles hospitaliers (SMURH) et de districts régulera l'engorgement des structures d'accueil des urgences.

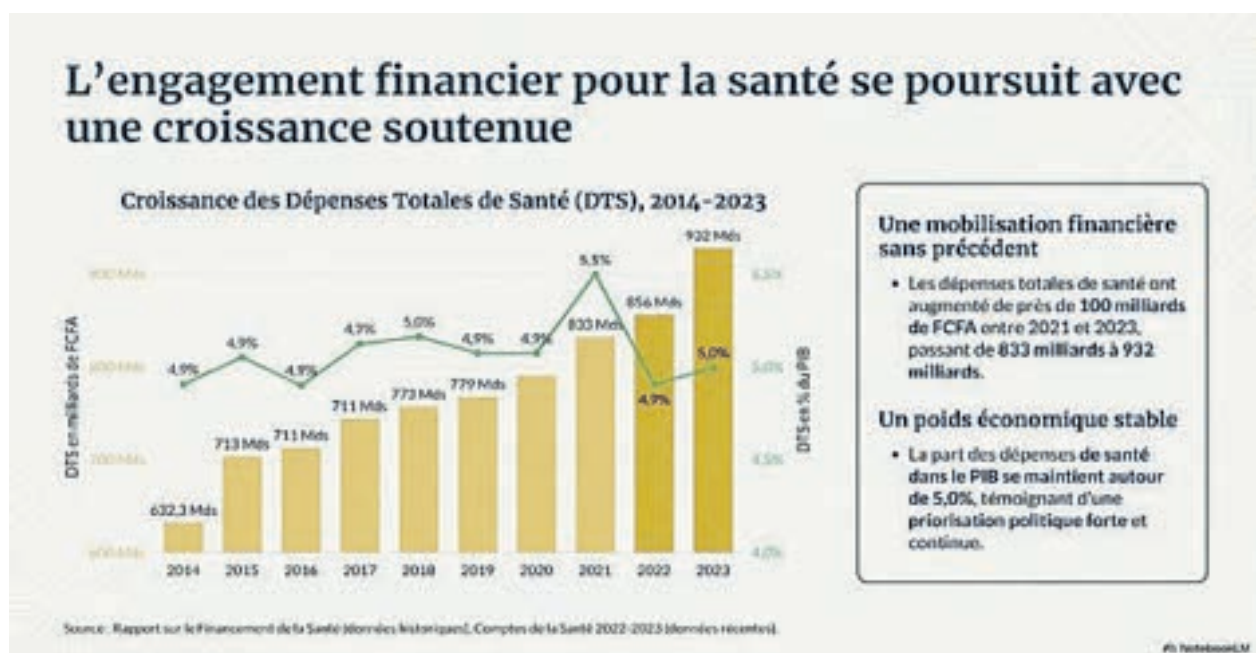
**Équipements :** sur les cinq (5) antennes, seules quatre (4) sont équipées à 90% en matériels informatiques et en matériel roulant. Sur l'ensemble des districts sanitaires, on note des déficits ou pannes de système de régulation. De ce fait, sur les cinq (5) antennes existantes, seuls quatre (4) sont opérationnelles, Kolda en fin Mars 2026. Tambacounda, Kédougou, Matam, Thiès sont en attente pour l'équité territoriale en dispositif de coordination des urgences pour un juste soin.

# la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

**Ressources humaines :** pour ce qui est des ressources humaines, aucune antenne n'est aux normes et seule une (01) de ces antennes a atteint un résultat de 80%. Le manque d'équipements techniques, associé à l'insuffisance de spécialistes, entraînent souvent des évacuations d'urgence vers des hôpitaux mieux équipés avec des délais importants dans la prise en charge des patients, notamment dans les régions périphériques ; le rôle encore insuffisant des structures pré-hospitalières, est étayé par des enquêtes de satisfactions signalant l'engorgement des services accueil des urgences ; l'intervention pré-hospitalière connaît des contraintes organisationnelle et logistique (CRRA, SMUR, RH qualifié) ; le rôle de la médecine de ville (Médecin de famille ; médecine de proximité) est à renforcer ; la subvention voire gratuité pour la prise en charge (PEC) initiale des urgences vitale avec une régulation holistique à travers le SAMU disposant d'un CRRA avec prise en compte de de l'aide médicale d'urgence (AMU) et de continuité de soins constitue une contrainte ; les besoins et l'engagement financiers pour la santé restent insatisfaisants.

Aussi, les populations restent encore insatisfaites de notre système de santé, comme en témoignent souvent les faits récents relayés sur les réseaux sociaux.



## PRÉCONISATIONS

- Améliorer la gouvernance (hospitalière pré-hospitalière et hospitalière)
  - Gouvernance pré-hospitalière (SAMU, POMPIER, privés)
  - rendre fonctionnel le Conseil national de l'Assistance Médicale d'Urgence et du transport sanitaire (CNAMUT) (réf : Décret Organisation CNAMUTS)
  - renforcer le statut du SAMU ;
    - couvrir les charges concernant les **urgences vitales** totalement gratuites à travers une redevance prélevée sur les factures électricité ou eau ou téléphone ;

# la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

2. Faire du centre d'Enseignement en Soins Gestes d'urgence (CESGU) par la Simulation médicale du SAMU, un Centre pour la Certification du personnel de la prise en charge des urgences et formation initiale et continue des assistants de régulation (ARM) et ambulanciers ;
3. Créer un observatoire national de la qualité des soins de santé afin de renforcer le monitoring, le suivi et évaluation des performances des différentes entités de prise en charge des urgences (ex : Haute Autorité Sanitaire (HAS) composée d'experts de la prise en charge des urgences soumettant des recommandations aux autorités sanitaires qui, à leur tour, feront l'opérationnalisation par l'adoption d'un texte réglementaire ;
4. Poursuivre la création et l'implantation des CRRA voire des **centres d'opération intégration d'urgence (COIUP)** dans chaque pôle territoire du Sénégal ;
5. Faire respecter des circulaires d'accueil des urgences et de régulation des patients voire des transferts par les SMUR Hospitaliers SAMU déconcentrés ;
6. Accélérer la mise en place du dossier patient informatisé (DPI) et la télémédecine pour les déserts médicaux et pour le **continuum de soins** ;
7. Mettre en place des contrats de performance adressés aux personnels de santé afin d'assurer la qualité des prestations offertes en urgence, tout en réduisant le temps de prise en charge et le coût des prestations : i) une meilleure gestion des lits (UAU,SAU, réanimation), de blocs opératoires, de centres de coronarographie, d'un dispositif d'imagerie, de laboratoire hospitalier, autour de plateforme informatisée interconnectée au SAMU pour la gestion des disponibilités de lits d'hospitalisation ; ii) une dotation en équipements et matériels de pointe des structures sanitaires polaires pouvant délivrer des paquets complets de soins de qualité ; iii) des ressources humaines de qualité épousant les besoins de spécialités du pays intervenant dans la prise en charge des urgences. La programmation stratégique se fera avec les universités régionales.

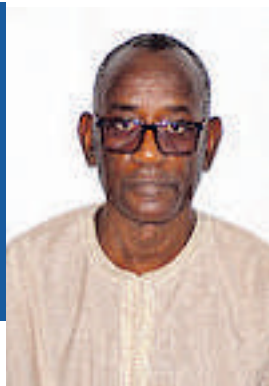


## SOUS-THÈME 6

Requête du BOM : le secteur privé médical joue un rôle important dans le système de santé sénégalais. La médecine privée contribue aujourd'hui à hauteur de 45 % de l'offre nationale de soins et emploie plus de 35 000 professionnels de santé (source Ministère de la Santé). Ce sous-secteur s'est illustré par l'introduction de technologies médicales de pointe, contribuant ainsi à réduire les évacuations sanitaires et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Il évolue cependant dans un environnement marqué entre autres, par une insuffisante articulation avec les politiques de santé (CSU, programmes de santé prioritaires, ...) des coûts encore élevés et une régulation insuffisante. A ce titre, son intégration dans la stratégie nationale de santé demeure une nécessité et requiert un renforcement du partenariat public-privé afin d'optimiser l'apport du privé dans l'amélioration de la santé des populations. La réflexion identifie les modalités de mobilisation et d'articulation de l'intervention du privé aux objectifs de la politique de santé. Il s'agit d'identifier les mesures idoines pour permettre à ce partenaire stratégique de contribuer davantage à la souveraineté sanitaire.



## L'APPORT DU PRIVÉ DANS LA POLITIQUE DE SANTÉ



Docteur Mame Cor NDOUR, expert en santé publique et renforcement des systèmes de santé



Mamadou DIOP,  
Conseiller en  
organisation au BOM

Au Sénégal, les enjeux de santé sont marqués par une croissance démographique soutenue et une transition épidémiologique progressive. Le pays s'est engagé à adapter son système de santé pour mieux adresser une demande de plus en plus forte en matière d'accès équitable à des soins de qualité. Malgré les efforts consentis par l'État à travers la mise en œuvre du Plan national de Développement sanitaire et social (PNDSS), la modernisation des infrastructures hospitalières et le renforcement des programmes de santé communautaire, le système de santé sénégalais se trouve face à un enjeu majeur de santé publique et d'équité sociale. Le système de santé demeure ainsi confronté à plusieurs défis structurels : insuffisance de la couverture sanitaire surtout en zone rurale, surcharge des hôpitaux publics, déficit en personnels qualifiés et contraintes budgétaires persistantes.

## ANALYSE

L'offre publique de soins de santé souffre d'un manque criant d'infrastructures. Le pays compte 45 établissements de santé dont 41 hospitaliers et 4 non hospitaliers. Les Établissements publics de Santé (EPS) hospitaliers sont classés selon trois niveaux : les EPS de niveau 1 ; les EPS de niveau 2, et les EPS de niveau 3 uniquement dans les régions de Dakar et Diourbel.

Il faut ajouter à cela l'offre fournie par les structures privées de santé qui sont au nombre de 2 754 dont 1225 structures de soins (3 hôpitaux, 37 centres de santé, 359 cabinets médicaux, 118 cliniques, 443 cabinets paramédicaux, 132 structures d'entreprise, 111 postes de santé privés) et de 33 structures de diagnostic (26 laboratoires d'analyse biomédicale, 07 centres de radiologie et d'imagerie médicale).

Le secteur privé sanitaire lucratif comme non lucratif constitue ainsi une alternative crédible pour le renforcement de l'offre de soins, de par son apport en infrastructures, en innovation, en diversification de l'offre de qualité et en mobilisation de ressources ; il contribue déjà à une amélioration notable de l'offre de soins. Plus de la moitié des consultations à Dakar sont enregistrées dans les structures privées et la même tendance commence à être observée dans les autres zones urbaines du pays.



# la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

Le ministère en charge de la santé devra toutefois travailler pour une meilleure intégration des structures privées dans l'offre de soins et renforcer le partenariat avec le privé dans des segments non sanitaires notamment, pour une contribution plus efficace au financement de la santé, un pan essentiel du système. Les opportunités qu'offre la responsabilité sociale d'entreprise sont mal exploitées et la contribution du secteur privé pour les activités de promotion et de prévention de la santé au niveau local sont quasi-inexistantes.

Toutefois, l'expansion du secteur privé de la santé peut être source de manque d'équité dans l'accès aux soins si elle n'est pas encadrée. Son apport n'est réellement bénéfique que si l'État joue pleinement son rôle de régulateur, de garant de l'équité et de pilote stratégique du système de santé.

En définitive, l'efficacité de la contribution du secteur privé pour le renforcement du système de santé dépend de la capacité de l'État à assurer une régulation forte, structurer des partenariats stratégiques et intégrer le privé dans une logique de service public orientée vers l'équité et la performance.

Dans cette perspective, il convient d'engager les réformes idoines pour une meilleure intégration du secteur privé dans le système de santé basée sur la cogestion, la transparence et la normalisation pour assurer des soins de qualité accessibles à tous sans exclusion. La marche vers la couverture sanitaire universelle (CSU) nécessite une véritable stratégie de développement du partenariat public-privé.

## PRÉCONISATIONS

Ci-après des propositions de réformes ou mesures qui pourraient être prises :

- **réviser de façon conjointe** (public et privé) la carte sanitaire en prenant entièrement en compte les structures privées, ce qui suppose un effort de rationalisation et d'harmonisation préalables des types de structures et paquets de service par niveau ;
- **mettre en place des organes de gouvernance conjoints** pour assurer une cogestion de la carte sanitaire intégrée et en assurer le respect des prévisions par les différentes parties prenantes dans leurs plans de développement (État, collectivités territoriales, ONG, secteur privé lucratif, secteur privé non lucratif) ;
- **assurer la régulation du système** en s'inspirant de l'expérience du secteur de l'éducation notamment en renforçant la gouvernance locale avec des procédures harmonisées concernant les paquets de services, la tarification, l'utilisation des médicaments et produits médicaux ;
- **développer un système d'information intégré** pour améliorer la prise de décision en prenant suffisamment en compte le secteur privé et en assurant la désagrégation des données jusqu'au niveau des collectivités territoriales ;
- **élaborer et mettre en œuvre un plan de développement du partenariat public privé** prenant en compte au moins trois piliers du système de santé : la prestation de services, le financement, le système d'information.

## SOUS-THÈME 7

Requête du BOM : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a promu le concept de Couverture sanitaire universelle (CSU), défini comme l'accès de tous aux services de santé nécessaires, sans que leur coût n'entraîne une précarisation financière. Le Sénégal a adhéré à cette dynamique globale qui suppose la mise en place d'un système de financement capable de promouvoir la santé et d'améliorer l'accès aux services de santé. Dans ce cadre, le budget alloué au Ministère de la Santé a connu une hausse régulière mais reste toujours en deçà de l'objectif fixé par la déclaration d'Abuja, où les chefs d'Etat Africains en 2001, s'étaient engagés à consacrer 15% de leur budget national au secteur de la santé. Le financement du système de santé conditionne l'accès aux soins et la qualité des services offerts. Il importe dès lors d'en analyser les enjeux majeurs et leurs implications pour la mise en œuvre effective des politiques de santé au Sénégal.



## LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

## la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»



Farba Lamine SALL,  
Docteur en économie  
de la santé, expert en  
gouvernance et finan-  
cement de la santé

Le droit à la santé, consacré par les articles 8 et 17 de la Constitution sénégalaise, constitue le socle de l'action publique. Cet engagement est réaffirmé dans l'Agenda National de Transformation Sénégal 2050 et la SND 2025-2029, visant la souveraineté sanitaire et la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Toutefois, le système de santé traverse une phase de transition critique. L'analyse des trajectoires budgétaires révèle un paradoxe : **une augmentation nominale des ressources qui masque une baisse de la priorité relative du secteur et une vulnérabilité accrue face au retrait des partenaires extérieurs.**

Le Sénégal a inscrit la santé comme un droit fondamental et un pilier central de son développement, en cohérence avec ses engagements nationaux et internationaux en faveur de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Malgré des progrès notables en matière d'offre de soins et d'infrastructures, le système de santé demeure confronté à des contraintes structurelles majeures, principalement liées au financement.

Les données récentes montrent que la part du budget national allouée à la santé reste limitée (7,25 % en 2026), en deçà de l'engagement de la Déclaration d'Abuja (15 %). Par ailleurs, la contribution des ménages reste élevée (44,2 % de la dépense totale de santé en 2023), traduisant une protection financière encore insuffisante.

Dans ce contexte, la consolidation d'un modèle de financement soutenable, équitable et efficace constitue une priorité stratégique pour garantir l'effectivité de la CSU et la souveraineté sanitaire.

L'analyse des données financières sur la période 2021-2026 met en évidence la chute drastique de la part du budget du département de la santé passant de 5,65 % en 2021 à 2,92 % en 2026. Ce décrochage éloigne le Sénégal de l'objectif de 15 % de la Déclaration d'Abuja et souligne un déficit de plaidoyer face à d'autres secteurs.

La croissance de la masse salariale (91,1 milliards FCFA en 2026), bien que nécessaire pour le renforcement des ressources humaines, réduit la capacité d'autofinancement des structures et les marges de manœuvre pour l'achat d'intrants.

Les investissements directs des partenaires s'effondrent, passant de 95,3 milliards en 2025 à 22,6 milliards en 2026 (-76 %). Ce retrait massif menace la continuité des programmes verticaux (vaccination, VIH, paludisme) et impose une substitution immédiate par des ressources domestiques.

Les comptes de la Santé confirment que les ménages assurent toujours près de 40 % à 43 % des dépenses totales de santé. Ce paiement direct reste la principale barrière à l'accès et le premier facteur d'appauvrissement des populations, malgré les politiques de gratuité.

L'analyse des enjeux majeurs et implications politiques montre que la baisse des financements extérieurs impose un basculement vers un modèle domestique, nécessitant une mobilisation accrue des ressources internes. C'est un impératif de souveraineté. L'État doit passer d'une posture de réceptionnaire d'aide à celle de pilote stratégique. La pérennité des acquis sanitaires dépend désormais exclusivement de la capacité à mobiliser une fiscalité santé innovante. Le modèle actuel est trop centré sur le curatif. Un arbitrage politique est nécessaire pour investir dans les déterminants de la santé (prévention, hygiène, nutrition) afin de réduire la pression sur les hôpitaux de dernier recours. Les pertes d'efficacité sont estimées entre 20 % et 30 % selon l'OCDE. La fragmentation des mécanismes de financement de la CMU et l'absence d'un système d'information intégré nuisent à la transparence et à la confiance des citoyens.

Pour assurer une santé de qualité, il est nécessaire (i) d'institutionnaliser une mise en œuvre intégrale du budget programme , (ii) d'affecter des taxes spécifiques (tabac, alcools, produits sucrés, télécoms) à un fonds de souveraineté pour financer les médicaments essentiels et la vaccination, (iii) déployer le dossier patient unique et la facturation électronique pour optimiser chaque franc investi et réduire le gaspillage systémique, (iv) passer d'une logique de gratuité universelle de façade à un achat stratégique de services de qualité, en ciblant prioritairement les populations les plus vulnérables, (v) Soutenir l'Industrie Pharmaceutique Locale en réduisant la dépendance aux importations par des incitations fiscales pour la production domestique d'intrants.

En conclusion, le système de santé sénégalais est à la croisée des chemins. L'ambition inscrite dans l'Agenda Sénégal 2050 ne pourra se concrétiser sans une discipline budgétaire accrue et un courage politique pour transformer les modes de financement. La réussite de cette transformation dépendra de la capacité des autorités à instaurer une gouvernance financière rigoureuse, orientée vers les résultats et exige moins de dépendance, plus d'efficacité et une redevabilité totale envers le citoyen.



## SOUS-THÈME 8

Requête du BOM : l'endettement des établissements publics de santé hospitaliers (EPSH) constitue une préoccupation majeure pour la viabilité du système de santé au Sénégal. L'accumulation des dettes notamment sociales, fiscales et envers les fournisseurs fragilise la situation financière des hôpitaux et limite leur capacité à renouveler les équipements, à moderniser l'outil de travail et à investir, y compris dans la recherche, de manière proportionnelle aux recettes générées. Cette situation peut à long terme, affecter la qualité des services et contribuer à une perte de confiance des usagers, voire entraîner une re-composition des parcours de soins. La problématique centrale porte sur l'analyse des conséquences de la dette hospitalière sur la performance globale du système de santé, le fonctionnement des établissements hospitaliers ainsi que les mécanismes de prévention et d'apurement de cette dette.



## LA DETTE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ HOSPITALIERS



Monsieur Mame  
Abdoulaye GUEYE,  
Administrateur des  
services de santé  
à la retraite

Les EPSH sont des personnes morales de droit public spécialisées, dotées d'un patrimoine propre. Ils ont pour mission principale d'assurer la prise en charge sanitaire des populations, tout en contribuant à la formation du personnel de santé et au développement de la recherche médicale. Ils sont classés selon la loi en établissement de premier, deuxième et troisième niveau.

## PRÉSENTATION DU THEME

La dette hospitalière constitue une problématique persistante qui affecte à la fois la performance des EPSH et la qualité des soins offerts aux populations. Elle impacte directement : (i) la qualité et la continuité des soins offerts aux populations, (ii) la capacité d'investissement dans les infrastructures et les équipements médicaux, (iii) la motivation et la rétention du personnel de santé. La dette hospitalière peut revêtir plusieurs formes :

- les dettes fournisseurs (médicaments, produits de santé, équipements médicaux);
- les dettes sociales (les cotisations dues à la Caisse de Sécurité Sociale et à l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal) ;
- les dettes fiscales (impôts et taxes);
- les dettes liées aux services essentiels (SENELEC, SEN'EAU et SONATEL).

## ANALYSE

Dans le cas des EPSH, l'accumulation de ces dettes s'explique par plusieurs facteurs structurels. D'une part, les EPSH font face à des difficultés de recouvrement de leurs créances, notamment celles dues par certains organismes de prise en charge et par l'État. Ces retards de paiement affectent directement la trésorerie desdits établissements. Le ratio global des dettes sur les créances, estimé à 1,7 reflète une prépondérance des dettes par rapport aux créances et illustre les difficultés des EPSH à rembourser leurs dettes à partir des créances recouvrées. D'autre part, le niveau des subventions publiques allouées aux EPSH reste souvent insuffisant au regard des charges réelles liées au fonctionnement des structures hospitalières.

A cela s'ajoutent :

- **des tarifs de prestations relativement faibles**, qui ne permettent pas toujours de recouvrer les coûts réels des actes ;
- **un niveau élevé des charges salariales**, lié notamment aux besoins importants en ressources humaines qualifiées dans le secteur hospitalier mais aussi à certaines dérives dans la gestion.

La dette fournisseurs représente 36,85% de l'endettement total des EPSH. Elle est concentrée à hauteur de 59% au niveau des EPSH 3 (Dakar et Diourbel).

Le ratio d'endettement (Ressources propres/Dettes) pour ces derniers est estimé à 64% traduisant leur capacité de remboursement limitée. Les conséquences de cette situation sont multiples et impactent directement la performance des EPSH. Elles se traduisent notamment par : (i) la dégradation de la qualité des soins en raison des contraintes financières, (ii) des

# la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

difficultés d'approvisionnement en médicaments et produits de santé, (iii) une capacité limitée d'investissement pour renforcer le plateau technique, (iv) des difficultés de gouvernance, souvent marquées par des tensions sociales et des conflits liés aux contraintes de trésorerie.

## PRÉCONISATIONS

Afin de réduire durablement la dette des EPSH et d'améliorer leur soutenabilité financière, plusieurs mesures peuvent être envisagées. Il conviendrait tout d'abord **d'améliorer le recouvrement des créances hospitalières**, notamment auprès des organismes de prise en charge tels que l'Agence de la Couverture sanitaire universelle, les Institutions de Prévoyance Maladie et l'État (Imputations budgétaires des agents publics). Par ailleurs, il serait nécessaire de **relever le niveau des subventions accordées aux EPSH**, en mettant en place une subvention d'équilibre fondée sur les résultats de la comptabilité analytique afin de mieux prendre en compte les coûts réels de fonctionnement. Il serait également pertinent d'**adapter les tarifs des prestations hospitalières** afin de garantir un meilleur recouvrement des coûts des services rendus. En outre, le renforcement de la gestion financière et comptable des EPSH apparaît indispensable. Cela pourrait se traduire par la mise en place d'un dispositif de suivi et de gestion de la dette, permettant un meilleur contrôle des engagements financiers. Dans la même perspective, les établissements devraient optimiser leur gestion budgétaire à travers l'élaboration de budgets réalistes et maîtrisés, intégrant notamment un plan progressif de remboursement de la dette. Enfin, il est essentiel de **renforcer la gouvernance hospitalière en veillant au respect des principes de transparence et de reddition des comptes**, à travers la mise en œuvre de la loi d'orientation n°2022 -08 du 19 avril 2022 relative au secteur parapublic.

En conclusion, la maîtrise de la dette hospitalière apparaît comme une condition essentielle pour garantir la soutenabilité financière et assurer la continuité du service public hospitalier, au bénéfice des populations.

La mise en œuvre de réformes visant la restructuration de la dette, l'amélioration du recouvrement des ressources et le renforcement de la gouvernance hospitalière apparaît dès lors comme une urgence.

### Des établissements de plus en plus endettés



## SOUS-THÈME 9

Requête du BOM : les intrants et les fournitures en santé constituent un viatique essentiel du système de santé. Leur disponibilité et leur usage rationnel conditionnent en partie l'efficacité de l'offre de soins et la qualité de la prise en charge. Au Sénégal, le système d'approvisionnement fait appelle à une pluralité d'acteurs qui interagissent depuis le fournisseur jusqu'à l'utilisateur. Cette organisation a permis au pays d'améliorer le taux moyen de disponibilité en produits de santé essentiels dans les structures sanitaires mais également de réduire leur taux moyen de rupture. Toutefois des contraintes subsistent dans la planification, l'approvisionnement, le stockage et même la distribution. Cette situation témoigne de la nécessité de mettre en place un dispositif robuste capable de contenir les besoins réels du système à travers le développement de l'industrie pharmaceutique. La problématique porte sur la capacité du système d'approvisionnement à garantir une disponibilité pérenne et équitable en intrants et fournitures essentiels sur l'étendue du territoire national. En d'autres termes, elle invite à analyser les défis structurels et fonctionnels du système d'approvisionnement, leurs conséquences sur la qualité et l'efficacité de l'offre de soins au Sénégal mais également à adresser les voies et moyens pour accélérer la production locale.



### LA PROBLÉMATIQUE DU SYSTÈME D'APPROVISIONNEMENT EN FOURNITURES DES STRUCTURES DE SANTÉ



Docteur Alioune KANE

## Assurer l'accès aux médicaments : un enjeu stratégique pour la souveraineté sanitaire du Sénégal !

### PRÉSENTATION

L'accès aux médicaments et aux produits de santé constitue un pilier essentiel de tout système de santé performant. Il conditionne la capacité des structures sanitaires à prévenir les maladies, à diagnostiquer et à assurer une prise en charge efficace des patients.

Au Sénégal, la disponibilité des intrants de santé repose sur une chaîne d'approvisionnement impliquant plusieurs acteurs et fonctions, allant de la régulation et la planification à l'acquisition, au stockage et à la distribution des produits vers les hôpitaux, centres et postes de santé sur l'ensemble du territoire national.

Dans un contexte marqué par l'évolution du profil épidémiologique, la croissance démographique et l'exigence d'une meilleure qualité des soins, la sécurisation de l'approvisionnement en produits de santé constitue un enjeu stratégique. Les perturbations récentes des chaînes d'approvisionnement mondiales ont également mis en évidence la vulnérabilité des systèmes fortement dépendants des importations, renforçant ainsi la nécessité de consolider la souveraineté sanitaire des États.

### ANALYSE

Le Sénégal a engagé ces dernières années plusieurs réformes visant à améliorer la performance de son système d'approvisionnement en produits de santé. La création de l'Agence Sénégalaise de Réglementation Pharmaceutique (ARP) et la transformation de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement en SEN-PNA ont contribué à moderniser le cadre institutionnel et opérationnel du secteur pharmaceutique et à améliorer progressivement la disponibilité des médicaments essentiels.

Malgré ces avancées, plusieurs contraintes continuent d'affecter la performance de la chaîne d'approvisionnement. Les défis logistiques liés à l'acheminement des produits vers les zones éloignées, les capacités limitées de stockage ainsi que certaines insuffisances en matière d'infrastructures peuvent entraîner des disparités territoriales dans la disponibilité des produits.

Par ailleurs, le financement du système reste en partie dépendant des partenaires techniques et financiers, notamment pour certains programmes prioritaires, ce qui pose la question de la soutenabilité à long terme. À cela s'ajoutent la fragmentation des circuits d'approvisionnement et la faible interopérabilité des systèmes d'information logistiques, qui limitent la visibilité sur les flux de produits et peuvent affecter la planification et la gestion des stocks.

Au-delà des contraintes logistiques et financières et malgré l'existence de comités de pilotage et techniques, la gouvernance de la chaîne d'approvisionnement reste insuffisante. La multiplicité des acteurs entraîne chevauchements et coordination limitée, affectant la cohérence des décisions et la visibilité sur les flux. Enfin, la forte dépendance aux importations expose le système de santé aux fluctuations des marchés internationaux et aux perturbations des chaînes d'approvisionnement mondiales. Ces contraintes soulignent la nécessité de renforcer la résilience du système afin de garantir un accès durable et équitable aux médicaments pour l'ensemble des populations.

## PRÉCONISATIONS

Afin de renforcer la performance et la résilience du système d'approvisionnement en produits de santé, plusieurs axes stratégiques peuvent être envisagés. Il s'agit notamment de renforcer les mécanismes de gouvernance, de planification et de prévision des besoins à travers l'amélioration de la qualité des données logistiques et l'intégration progressive des systèmes d'information.

L'amélioration de la gouvernance, de la coordination et de l'intégration des circuits d'approvisionnement permettrait également d'optimiser la gestion des stocks et de réduire les fragmentations du système. Par ailleurs, le renforcement des capacités de ressources humaines et logistiques des structures sanitaires, notamment en matière de stockage, de gestion des stocks et de distribution, apparaît essentiel pour garantir la continuité de l'approvisionnement.

La digitalisation de la chaîne d'approvisionnement constitue également un levier majeur pour améliorer la traçabilité des produits, renforcer la transparence des flux logistiques et faciliter la prise de décision.

Enfin, dans une perspective de souveraineté sanitaire, **le développement de la production pharmaceutique locale** représente un axe stratégique prioritaire, permettant de réduire la dépendance aux importations et de sécuriser l'accès aux médicaments essentiels.

## CONCLUSION

Garantir un accès durable aux médicaments constitue une priorité majeure de l'action publique. Au-delà de sa dimension sanitaire, la sécurisation de la chaîne d'approvisionnement représente un enjeu stratégique pour la souveraineté et la sécurité sanitaires du Sénégal.

Le renforcement et la modernisation de ce dispositif permettront de consolider la résilience du système de santé, de réduire les inégalités d'accès aux soins et de mieux préparer le pays aux crises sanitaires futures, au bénéfice du bien-être des populations et du développement national.



## SOUS-THÈME 10

Requête du BOM : la régulation est un levier essentiel du fonctionnement du système de santé. Elle est multidimensionnelle en ce sens qu'elle touche les acteurs, les services, les soins, les médicaments/dispositifs médicaux ainsi que le financement. Dans un contexte marqué par l'émergence de nouvelles maladies et la diversification de l'offre, la régulation apparaît comme un enjeu majeur de la politique de santé. Elle appelle la capacité de l'Etat à préserver l'intérêt général à travers l'encadrement des normes et pratiques de soins. La problématique interroge la manière de renforcer la régulation du système de santé afin d'accompagner au mieux les évolutions de l'offre et de la demande de soins tout en garantissant la qualité, la sécurité et l'équité des services.



## LA RÉGULATION



Serigne Maguèye GUEYE, Ancien chef de service et PCME de l'hôpital Général Idrissa Pouye (ex CTO), Membre de l'Académie national des sciences et techniques du Sénégal

La souveraineté sanitaire fait référence à la capacité d'un État à garantir l'accès à la santé pour sa population, en assurant la production, la distribution et la disponibilité des biens et services de santé nécessaires. Cela implique une certaine autonomie dans la prise de décision et la mise en œuvre de politiques de santé, ainsi que la capacité à faire face aux crises sanitaires. La capacité à prendre des décisions en matière de santé implique une autonomie dans la définition des priorités de santé, la mise en œuvre de mesures de prévention et de contrôle des maladies et la capacité à faire face aux urgences sanitaires. L'expérience récente de la pandémie à Covid 19 est assez illustrative du manque de préparation de nos pays à faire face à ce type de crise.

L'indépendance dans la production et la distribution de médicaments et d'équipements médicaux suppose la réduction de la dépendance aux importations et le développement d'une industrie de santé en général et pharmaceutique en particulier. Elle implique aussi la maîtrise des chaînes d'approvisionnement, la sécurisation des stocks de médicaments et de matériel essentiel, ainsi que la capacité à transporter ces produits. Enfin, la souveraineté sanitaire passe par le renforcement des infrastructures de santé et la formation de ressources humaines en santé de haute qualité. Tout ceci nécessite une régulation afin de garantir la qualité dans les prestations et la sécurité des usagers.

Par ailleurs, le développement du capital humain étant un levier clé de l'ambition de l'Agenda de transformation nationale 2050, il est nécessaire de former autrement des professionnels de santé capables de dispenser des soins à un coût adapté aux ressources du pays.

A l'instar des pays comme le Bénin, un organisme indépendant, rattaché à la Présidence de la République ou à la Primature peut servir d'instance nationale de régulation des affaires sanitaires. Il peut prendre les contours d'une Haute Autorité de Régulation de la Santé (HARS) avec pour mission de garantir l'accès de tous les citoyens aux services de santé, en assurant une amélioration constante de la qualité des prestations médicales.

La responsabilité de cette autorité consiste à : (i) garantir la disponibilité de services de santé de qualité dans tout le pays, (ii) établir des normes de qualité pour le secteur de la santé, (iii) superviser l'accréditation des professionnels médicaux et paramédicaux, (iv) certifier les établissements de santé et à en assurer le suivi, (v) veiller au respect des pratiques médicales et paramédicales approuvées, (vi) développer et réguler la télémédecine, (vii) donner un avis conforme sur le déploiement du personnel de santé du secteur public, (viii) émettre des avis sur l'allocation des ressources budgétaires de l'État dans le domaine de la santé, et (ix) surveiller l'exécution du budget du ministère de la Santé et à promouvoir la bonne gouvernance.

Une haute autorité de la Santé du Sénégal pourrait ainsi avoir un rôle plus global en intégrant la régulation pharmaceutique déjà organisée par le décret 2022-824 du 07 Avril 2022. Ainsi, en se basant sur les meilleurs principes scientifiques et normes de pratique de santé accrédités dans le pays, elle aura pour missions de :

- réguler l'offre de soins aussi bien dans les secteurs publics que privé afin d'assurer l'efficacité, la qualité et la sécurité dans les prestations des services de santé ;
- réglementer le secteur pharmaceutique;
- réguler la formation continue et postdoctorale en santé, en étroite collaboration avec les ministères en charge de la santé, de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur, et l'ANAQ-SUP qui restera l'instance d'accréditation pour la qualité ;
- accompagner la recherche en santé.

## la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

L'objectif principal sera d'assurer une prestation de soins de santé sûre et de haute qualité en s'appuyant sur une bonne politique de formation des ressources humaines en santé et d'une recherche éthique qui éclaire les décisions de santé.

Les objectifs stratégiques de cette instance seront :

- des établissements de soins de santé régulés et responsables : tous les établissements de santé seront soumis à un processus d'accréditation ;
- des services de santé sûrs et dignes de la confiance des usagers ;
- des droits à la santé pour les usagers préservés : protéger les droits et la sécurité de toutes les personnes qui fréquentent les établissements de santé.

L'autorité mettra en place un processus de re-certification afin d'assurer la formation continue et partant, la mise à jour des connaissances des prestataires. Ces processus de certification et de re-certification seront applicables à toutes les prestataires de soins (médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes), spécialistes ou non. La durée de validité de la certification sera définie par la haute autorité qui donnera un avis sur la gestion de la mobilité des personnels de santé.

Dans le Plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHSS 2020 – 2028), il avait été relevé entre autres défis, l'absence d'un plan de production, d'acquisition et de développement continu des ressources humaines, l'inadéquation entre offre de formation en santé et besoins du système de santé.

Il en résulte un manque de lisibilité et de pilotage de la formation en santé. A cet effet, il est impératif de réguler la formation afin de mieux coordonner les flux pour répondre aux besoins de couverture sanitaire du pays.

La haute autorité de la santé sera un régulateur intégral qui mettra la qualité et la sécurité des populations au centre de ses missions.



## SOUS-THÈME 11



Requête du BOM : en raison notamment de la mondialisation, de l'urbanisation et du dérèglement climatique, le Sénégal à l'instar des autres pays, fait face ces dernières années à de nouvelles maladies qui mettent à rude épreuve son système de santé. La survenue de ces maladies émergentes ou ré-émergentes a mis en exergue l'impérieuse nécessité de disposer de mécanismes d'anticipation, de réponse et de résilience face à la survenue de ces risques sanitaires. La réflexion va adresser d'une part les capacités du système à adapter les ressources face à ces risques et d'autre part à analyser sa capacité à alerter précocement et à répondre efficacement tout en assurant la régularité de soins essentiels.

## LES MALADIES ÉMERGENTES



Cheikh Tidiane NDOUR, Professeur titulaire de maladies infectieuses à la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de l'Université cheikh Anta Diop de Dakar

### CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Il s'agit d'une entité clinique d'origine infectieuse nouvellement apparue ou identifiée ou d'une maladie infectieuse connue, dont l'incidence augmente ou, dont certaines caractéristiques cliniques ou évolutives se modifient dans un espace ou dans un groupe de population donné. Dans 75% des cas, c'est à dire plus d'un cas sur trois, les maladies infectieuses chez l'humain proviennent du monde animal. Il s'agit de zoonoses ou maladies qui se transmettent naturellement entre les humains et les animaux. Ces agents peuvent toucher un grand nombre de personnes ou d'animaux dans un temps restreint, entraînant une épidémie chez les hommes ou une épizootie dans le règne animal. Ces épidémies peuvent être localisées, ou s'étendre sur plusieurs territoires et à l'échelle de la planète, on parle de pandémie.

L'émergence de ces épidémies découle d'une interaction complexe entre des facteurs liés aux agents infectieux, aux vecteurs, à l'hôte animal ou humain et à l'environnement dans lequel ils évoluent. Il s'y ajoute une utilisation massive et non contrôlée des antibiotiques par la médecine humaine, la médecine animale, les élevages terrestres et aquacoles à l'origine de résistances.

Les maladies émergentes posent le problème de leur détection précoce et de leur prise en charge optimale dans un contexte de pays en développement caractérisé entre autres par la fragilité de son système de santé.

### SITUATION DE LA RIPOSTE AUX ÉMERGENCES

A l'instar de la communauté internationale, le Sénégal fait face depuis quelques années à des vagues de maladies émergentes parmi lesquelles on peut citer celle de la fièvre de la vallée du rift en 2025 surtout localisée au nord du pays, la variole du singe surtout à Dakar et la pandémie liée au coronavirus en 2020, qui avait touché toutes les régions avec comme épiceutre la région de Dakar qui a concentré plus de 65% de l'ensemble des cas.

Ces épidémies ont mis à rude épreuve le système de santé en termes d'afflux massif de cas dépassant les capacités d'accueil des structures de prise en charge, avec une explosion des besoins en intrant diagnostic et de prise en charge source de tensions voire de ruptures de la chaîne d'approvisionnement. Cette situation a été aggravée par les mesures administratives inhérentes à ce type d'épidémie comme l'interdiction de circuler et le couvre-feu qui ont largement impacté la fréquentation des structures de soins et donc les performances des différents programmes de santé. Les conséquences peuvent se résumer en termes de continuité des soins notamment en ce qui concerne les maladies chroniques.

### FORCES

Le pays dispose de nombreux atouts et de beaucoup d'expériences en matière de riposte aux urgences sanitaires parmi lesquels on peut citer :

- des cadres de concertation au niveau nationale à travers le Comité National de Gestion des Epidémies (CNGE), au niveau régional à travers les Comité régionaux de Gestion des Epidémies et au niveau district. Il s'y ajoute le Haut Conseil National de Sécurité Sanitaire

Mondiale « *One Health* » qui fixe les orientations stratégiques du « *One Health* » et veille à la synergie des différents secteurs humain, animal et environnementale. Le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) est responsable de la coordination de la riposte aux urgences de santé publique de portée nationale ou internationale ;

- en matière de diagnostic, le pays est caractérisé par un bon maillage en laboratoires au niveau des districts, des hôpitaux régionaux, en plus des laboratoires nationaux de référence dont l'Institut Pasteur de Dakar (IPD), complété par un circuit d'acheminement des échantillons pour les zones enclavées ou dépourvues de laboratoires ;
- le rôle important de la communauté dans la surveillance des maladies notamment dans la détection précoce et la réponse rapide a été bien comprise et opérationnalisé à travers la surveillance à base communautaire.

## FAIBLESSES

Cependant, bien que le pays dispose de nombreux atouts en matière de préparation dans la réponse aux urgences un certain nombre de faiblesses peuvent être identifiées concernant la pérennisation de la chaîne d'approvisionnement en matière d'intrants de diagnostic ou de prise en charge. Il en est de même de l'insuffisance dans la coordination entre les secteurs humains, animal et environnemental et du caractère tardif de l'implication communautaire.

## RECOMMANDATIONS

Au regard des limites et déficiences du secteur santé mis en évidence, les recommandations suivantes sont formulées en direction des autorités sanitaires :

- insister, en matière de prévention, sur le fait avéré que l'homme est le principal acteur des émergences d'où la nécessité de sensibiliser davantage la communauté par les communautaires sur les interactions délétères avec l'environnement et la faune ;
- réfléchir à des stratégies innovantes de mobilisation de financements domestiques pour une plus grande autonomie ;
- dresser une liste des principales maladies à surveiller de manière rapprochée avec des mises à jour régulières ;
- évaluer régulièrement les contraintes institutionnelles, techniques et opérationnelles des organes de coordination dans la riposte aux épidémies et aux urgences de santé publique.
- élaborer, pour chaque programme de santé, un plan de résilience national des interventions en cas de crise sanitaire pour assurer la continuité des soins ;
- passer à l'échelle dans la délégation des tâches aux personnels paramédicaux et aux communautaires pour lutter contre le déficit en ressources humaines.

## CONCLUSION

Une riposte efficace aux émergences et aux urgences sanitaires passe par une coordination multisectorielle inclusive avec implication communautaire, dès les premières heures, une chaîne d'approvisionnement flexible, réactive, fiable et de qualité dont le préalable est une mobilisation optimale du financement domestique.

## SOUS-THÈME 12

Requête du BOM : les structures de soins constituent l'ossature fondamentale et permanente du système de santé. Leur efficacité repose sur leur capacité à offrir des prestations à moindre coût mais également sur la qualité et la sécurité des soins qu'elles dispensent. Les formations sanitaires dans l'exercice de leur mission, génèrent des déchets biomédicaux pouvant présenter des risques infectieux pour le personnel, les patients et les populations environnantes. A cet effet, la gestion des déchets biomédicaux s'impose comme un préalable à la prévention des infections nosocomiales et au-delà, à la protection de la santé des populations et de l'environnement. Malgré la disponibilité et la connaissance des procédures de gestion des déchets biomédicaux, leur application effective dans les structures de santé demeure confrontée à de nombreux dysfonctionnements notamment dans le tri, la collecte, le transport, l'entreposage et l'élimination finale. Dès lors, il importe d'analyser les causes et les conséquences de ces dysfonctionnements afin d'identifier des pistes d'amélioration capables de renforcer la sécurité et la qualité des prestations.



## LA GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX



Madame Aminata  
MBODJI, Conseillère  
en organisation

Dans l'exercice de leurs missions, les structures de santé produisent des quantités importantes de déchets biomédicaux. La loi n°2001-01 du 12 avril 2001 portant code de l'environnement dans son article 6 définit le déchet comme étant « Toute substance solide, liquide, gazeuse ou résidu de processus de production, de transformation, ou d'utilisation de toute autre substance éliminées, destinée à être éliminées ou devant être éliminée en vertu des lois et règlements en vigueur ».

Ces déchets en fonction du tri et du mode d'élimination peuvent être classés en :

- déchets assimilés aux ordures ménagères « **DAOM** » (papiers, emballage,...) ;
- déchets d'activités de soins à risque infectieux communément appelés DASRI composés de déchets infectieux ou potentiellement infectieux (compresses souillées, poches de sang, sondes souillées, etc.) et des objets piquants, coupants et tranchant « **OPCT** » (aiguilles, lames de bistouri);
- déchets anatomiques (organes ou parties du corps humain) ;
- autres types de déchets (déchets alimentaires, déchets pharmaceutiques).

Ces déchets sont sources de nombreuses nuisances pour la santé et l'environnement. A cet effet, les responsables des formations sanitaires sont contraints par la réglementation en vigueur dans le pays d'assurer une gestion écologiquement rationnelle des déchets afin :

- de protéger le personnel, les patients, les usagers d'éventuels accidents ou contamination ;
- de protéger les populations qui vivent à proximité des zones d'entreposage et de traitement ;
- d'assainir le cadre de vie ;
- d'améliorer l'attractivité et l'utilisation des services ;
- de réduire les coûts liés à la dégradation de la qualité ;
- de lutter notamment contre les infections nosocomiales.

## ANALYSE

Au Sénégal, la gestion des déchets biomédicaux s'impose comme un levier essentiel de qualité et de sécurité sanitaire. Pour matérialiser cette volonté, l'Etat a entrepris ces dernières années, un vaste chantier de modernisation des équipements de traitement des déchets biomédicaux à travers la dotation des structures de santé urbaines, en bandliseurs et l'équipement de celles périphériques, en incinérateurs.

# la lettre du BOM

## «Mieux s'organiser pour être plus performant»

Cependant malgré les efforts consentis, plusieurs défis subsistent :

- l'absence d'équipements adéquats pour la gestion des déchets biomédicaux notamment liquides (poches de sang contaminées, effluents biologiques) dans les hôpitaux de régions ;
- l'insuffisance dans la formation/sensibilisation du personnel impliqué conduisant souvent à des accidents ;
- les faiblesses relevées dans l'organisation et le contrôle du circuit de gestion des déchets ;
- les pannes récurrentes des équipements mis à disposition en raison d'erreurs de manipulation ou de défaut de maintenance.
- l'insuffisant développement du partenariat public-privé ;

En plus, il faut relever le **non-respect des procédures de gestion des déchets biomédicaux** à toutes les étapes décrites dans le Guide de gestion des déchets des établissements de soins : CEHA OMS, décembre 2004 : tri et conditionnement, collecte, stockage, transport, traitement et élimination.

S'agissant du tri et du conditionnement, la vigilance requise n'est pas toujours observée si l'on se réfère à la présence de déchets infectieux ou potentiellement infectieux dans les déchets assimilés à des ordures ménagères. Par ailleurs, les déchets anatomiques qui devraient être désinfectés et bien enveloppés avant enfouissement ne le sont que rarement.

Certaines structures, faute de moyens leur permettant de recourir à des prestataires spécialisés, utilisent des brûleurs comme procédé d'élimination avec des conséquences environnementales et sanitaires préoccupantes.

Dans certains hôpitaux, les échantillons de sang, d'urine et de selles qui devraient être « autoclavés » avant leur conditionnement ne le sont pas faute de moyens. Les autoclaves disponibles, insuffisants, ne pouvant que stériliser les milieuxensemencés avant leur conditionnement.

Le circuit de la collecte souffre également d'un déficit en équipements suffisants pour préserver la délimitation des zones. En pratique, les mêmes chariots sont utilisés dans les zones propres et dans celles à risque.

Ces contraintes structurelles pour ne citer que cela, réduisent l'efficacité des dispositifs existants et impactent négativement la santé des populations et l'environnement.

## PRÉCONISATIONS

Si la prise en charge des déchets biomédicaux vise essentiellement à réduire les risques sanitaires, certaines pratiques actuelles, peuvent engendrer des effets environnementaux néfastes en l'absence de mesures de contrôle adéquates. Dès lors, il apparaît nécessaire de repenser la gestion de ces déchets à travers les actions suivantes :

- ériger la gestion des déchets biomédicaux en priorité stratégiques des politiques sanitaires et environnementales ;
- opérationnaliser les actions à travers l'élaboration et la mise en œuvre au niveau décentralisé, d'une politique de gestion des déchets respectueuse de l'environnement ;
- renforcer les capacités financières des établissements de soins afin qu'ils puissent dégager une ligne budgétaire spécifique et conséquente pour la maintenance des équipements de traitement des déchets biomédicaux ainsi que le recours à des privés au besoin ;

- développer des pôles régionaux mutualisés de traitement des déchets financés par les structures polarisées permettant d'optimiser les ressources et d'assurer une meilleure performance ;
- organiser périodiquement des sessions de sensibilisation à l'endroit du personnel, des usagers et surtout des agents de nettoyage très impliqué dans le circuit.
- encadrer davantage la collaboration avec le secteur privé, à travers la mise en place de normes de qualité et de mécanismes de contrôle rigoureux.

## CONCLUSION

En somme, l'hôpital est devenu une véritable entreprise où l'organisation des soins interfère avec plusieurs activités générant des quantités importantes de déchets.

La gestion de ces déchets constitue dès lors une exigence essentielle de la qualité des soins. Ainsi, la prévention des risques sanitaires liés à l'exposition du personnel hospitalier et du public aux déchets biomédicaux ainsi que l'élaboration d'une politique de gestion des déchets respectueuse de l'environnement s'érigent désormais en priorité de santé publique.

**NB : « La gestion défectueuse des déchets biomédicaux (DBM) cause de graves accidents sanitaires et environnementaux au Sénégal, notamment des piqûres/coupures contaminées chez le personnel soignant (51,5% d'Accidents d'Exposition au Sang) et des risques infectieux (VIH, hépatites) pour les riverains et récupérateurs des décharges ».**



## SOUS-THÈME 13

Requête du BOM : la simulation en santé correspond à « l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ». La simulation est une technique et non une technologie. Elle favorise le respect du postulat selon lequel « jamais la première fois sur le patient ». Force est de constater cependant que peu de structures de formation et d'encadrement des élèves et étudiants en santé, en disposent. Ces derniers appliquent directement les enseignements sur les patients avec des risques potentiels d'erreurs. Dans un contexte marqué par une prise de conscience croissante des citoyens quant à leurs droits, il importe de développer des centres de simulation afin de minimiser les erreurs, de renforcer la sécurité des soins et aussi de limiter les contentieux pouvant freiner le développement des structures sanitaires. La problématique porte sur la faible prise en compte de la simulation médicale dans les structures sanitaires au Sénégal. Elle interroge la capacité de notre système de santé à assurer son appropriation par les parties prenantes et à mettre en évidence son impact réel sur la satisfaction des populations.



## LA SIMULATION MÉDICALE



Monsieur Saidou  
DIAW, Conseiller en  
organisation au BOM

Apparus récemment en Afrique, les centres de simulation en santé connaissent actuellement un essor fulgurant en Afrique du Nord et exceptionnellement dans les pays subsahariens. Marqués par un caractère hétérogène, ils se distinguent notamment par leur statut juridique, les ressources affectées, la nature des titres délivrés ou les méthodes et outils pédagogiques utilisés.

Au Sénégal, le gouvernement a mis en place en 2021, grâce à l'appui de la Coopération internationale, un centre par simulation, au siège du Service d'Assistance médicale d'Urgence (SAMU) national sis à l'Hôpital Fann de Dakar.

Le SAMU est un établissement de santé non hospitalier créé par la loi n°2005-22 du 5 août 2005 relative à l'assistance médicale d'urgence et aux transports sanitaires. Le SAMU National est chargé de la mise en œuvre de l'assistance médicale d'urgence et des transports sanitaires.

Dans ce cadre, il s'occupe, entre autres de la formation notamment du personnel de santé aux soins et gestes d'urgence. Ce qui justifie l'érection du Centre d'Enseignement aux Soins et Gestes d'Urgence (CESGU). Ce centre est l'aboutissement d'un long processus soutenu, d'une part par la volonté des pouvoirs publics de hisser le système de santé d'urgence national sur les standards internationaux et, d'autre part, par l'engagement des autorités du SAMU national à assurer et garantir la qualité de la formation des ressources humaines dont la simulation permet de franchir un autre palier.

La simulation en santé correspond à « l'utilisation d'un matériel, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ». La simulation est une technique et non une technologique. Elle favorise le respect du postulat selon lequel « jamais la première fois sur le patient ». En effet, la simulation en santé s'adresse aux professionnels de santé et au grand public. Elle permet à la fois de :

- former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations ;
- acquérir et réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques ;
- analyser ces pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing ;
- aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarii qui peuvent être répétés ;
- reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

# la lettre du BOM

## «Mieux s'organiser pour être plus performant»

### ENJEUX ET DÉFIS

Un enjeu important de la simulation est de permettre au personnel de santé de pratiquer, mais également de pouvoir le faire en toute sécurité sans mettre en danger la vie des patients. A ce titre, la formation par simulation permet au grand public, aux médecins, aux infirmiers et aux autres professionnels de santé d'intégrer l'apprentissage cognitif avec la pratique des compétences sans risque pour les patients. En outre, à travers la formation par simulation, on promeut le travail en équipe et la communication. C'est un moyen de garantir le maintien, voire l'amélioration des compétences professionnelles notamment, des agents de santé et de toute personne exposée au risque. En définitive, la simulation peut également servir à standardiser la formation, à respecter les directives fondées sur des données probantes et à cibler des objectifs précis.

### CONTRAINTES

L'analyse du domaine de la simulation en santé au Sénégal met en évidence plusieurs contraintes majeures qui pèsent sur son développement et compromettent son ancrage durable dans le système de formation sanitaire

- **une intégration insuffisante de la simulation en santé dans les formations sanitaires**

La problématique centrale réside dans la faible intégration de la simulation en santé au sein des cursus de formation sanitaire, une lacune étroitement liée à l'insuffisance des ressources humaines qui lui sont dédiées.

En effet, force est de constater que la grande majorité des structures de formation et d'encadrement des élèves et étudiants en santé ne dispose pas d'unité dédiée à la simulation médicale. En l'absence de tels dispositifs, ces derniers sont contraints d'appliquer directement leurs apprentissages sur des patients réels, exposant ainsi ces derniers à des risques d'erreurs aux conséquences potentiellement graves.

Par ailleurs, même au sein du personnel ayant bénéficié d'une formation spécialisée, le taux de déperdition demeure préoccupant, dépassant les deux tiers — un niveau qui excède largement les standards internationaux communément admis.

- **des limites dans la capacité de financement de l'Etat**

Si l'État a manifesté une réelle volonté d'accompagner le développement de la formation par simulation, l'analyse de l'environnement global à court terme révèle un resserrement progressif des contraintes budgétaires.

Le coût élevé des équipements de simulation, conjugué à une forte dépendance vis-à-vis des partenaires techniques et financiers, fragilise la pérennité de cet appui. Cette vulnérabilité s'accroît particulièrement en période de crise, où les marges de manœuvre de l'État se réduisent sensiblement, rendant incertain le maintien d'un financement suffisant et régulier.

- **un cadre partenarial à consolider**

La capacité du système de santé à garantir une appropriation effective par l'ensemble des parties prenantes, tout en démontrant son impact tangible sur la satisfaction des populations, constitue un enjeu qui se pose avec une acuité croissante.

L'environnement d'intervention se caractérise par une multiplicité d'acteurs et une coordination insuffisante des actions, fragilisant la cohérence et l'efficacité des interventions menées. Dans ce contexte, le CESGU, en tant que structure pionnière, est appelé à jouer un rôle de catalyseur.

- **des insuffisances dans l'entretien et la maintenance des équipements de simulation**

Les équipements de simulation en santé exigent un entretien rigoureux et une maintenance spécialisée, en raison de leur coût élevé et de leur complexité technologique. Or, le personnel qualifié capable d'assurer ces interventions demeure rare, contraignant les structures à recourir à des techniciens étrangers, dont les prestations s'avèrent particulièrement onéreuses.

À cela s'ajoute l'insuffisance chronique des budgets alloués aux charges d'entretien et de maintenance, qui compromet régulièrement la continuité des activités de simulation. Cette situation entraîne une dégradation progressive de la disponibilité des équipements, avec des répercussions directes sur la qualité de la formation des professionnels de santé et, in fine, sur la qualité des soins dispensés aux populations

## PRÉCONISATIONS

Monsieur le Président de la République accordant une grande importance au bien-être des populations, et les effets structurants de celui-ci sur la croissance économique et la stabilité sociale, appelle la mise en place d'un programme spécial de développement de la simulation médicale.

La réussite de cette ambitieuse initiative demeure néanmoins tributaire de la mise en œuvre effective des axes stratégiques ci-après.

- **Le renforcement de l'intégration de la simulation en santé dans les formations sanitaires**

Dans un contexte marqué par une prise de conscience croissante des citoyens quant à leurs droits, il devient impératif de développer des centres de simulation performants, afin de réduire les erreurs médicales, de consolider la sécurité des soins et de prévenir les contentieux susceptibles de fragiliser le développement des structures sanitaires.

- **Le développement de mécanismes d'autonomie financière**

Face aux contraintes pesant sur le financement public, il convient de promouvoir des initiatives génératrices de ressources propres, à l'instar d'expériences vécues dans d'autres pays, visant à accroître les recettes des centres de formation et à réduire leur dépendance aux financements extérieurs.

- **La consolidation d'un cadre partenarial fécond**

Il s'agit de bâtir des synergies fondées sur la complémentarité des compétences, des ressources, des perspectives et du savoir-faire, afin d'apporter des réponses plus efficaces et durables aux structures et acteurs de la simulation médicale. Il convient de promouvoir et de fédérer des dynamiques de travail collaboratives, entre les intervenants telles que le CESGU, le Centre de Formation par Simulation de l'UCAD, la Brigade nationale des sapeurs-pompiers, la croix rouge Sénégalaise, pour amplifier les résultats.

- **La pérennisation de l'entretien et de la maintenance des équipements de simulation**

Cela passe par l'intégration de la maintenance dans les contrats d'achat, le recrutement d'un personnel technique dédié et qualifié, ainsi que par l'allocation d'un financement conséquent et régulier, afin de prévenir toute interruption des activités de simulation préjudiciable à la qualité de la formation.

## SOUS-THÈME 14

*Requête du BOM : Les évacuations sanitaires constituent un recours essentiel pour la prise en charge des pathologies requérant des soins hautement spécialisés et des plateaux techniques de pointe. Au Sénégal, elles traduisent à la fois la volonté de l'Etat de garantir le droit à la santé des populations et les limites du système à prendre en charge de manière holistique les besoins des populations. Bien que salutaires, elles soulèvent parfois des difficultés pour les patients et les familles, liées en partie aux conditions de transport et de séjour, au continuum de soins ainsi qu'à l'insuffisance de l'asymétrie de l'information relative aux procédures, aux délais et aux droits des bénéficiaires. Ces contraintes peuvent compromettre l'efficacité du dispositif global et même affecter la qualité de la prise en charge. La réflexion est d'apprécier dans quelle mesure le dispositif global mis en place répond de manière optimale aux besoins des populations et contribue à la performance globale du système de santé du pays.*



## LES ÉVACUATIONS SANITAIRES À L'ÉTRANGER



Madame Néné  
NGOM, Conseillère en  
organisation au BOM



Monsieur Zacria  
GUEYE, Conseiller en  
organisation au BOM

## APPROCHE GÉNÉRALE

Les évacuations sanitaires constituent un recours essentiel pour la prise en charge des pathologies requérant des soins hautement spécialisés et des plateaux techniques de pointe. C'est dans une telle perspective que le Sénégal s'est doté depuis 2005, d'un corpus juridique statuant sur cette question.

Ainsi, le décret 2005-565 du 22 juin 2005, consacre les conditions générales dans lesquelles les évacuations sanitaires hors du territoire national s'effectuent et stipule en ces articles premier (1), trois (3) et quatre (4), les catégories de personnes éligibles, les frais relatifs au voyage et à l'hospitalisation, ainsi que le cadre administratif qui l'opérationnalise.

En plus, de ce texte réglementaire, le décret 2005-566 du 22 juin 2005 portant organisation et fixant les missions et fonctionnement du conseil de santé comme organe administratif consultatif, jette les bases d'un cadre institutionnel favorable à une prise en charge optimale et rationnelle des malades nécessitant des évacuations sanitaires à l'étranger.

Au Sénégal, ces dispositions traduisent à la fois la volonté de l'Etat de garantir le droit à la santé des populations et les limites du système à prendre en charge de manière holistique les besoins des populations.

Au courant de l'année 2024, 67 demandes d'évacuation sanitaire ont été transmises au Conseil de santé, contre 55 demandes en 2023, soit une hausse de 21,8%. Ainsi 46 demandes, soit 68,7% contre 45 soit 81,8% en 2023, ont été éligibles et le Conseil de santé a pu procéder à l'évacuation vers des structures sanitaires étrangères dont 35 pour des agents de l'Etat et 11 aux profits des membres de leur famille.

Le sexratio est de 1,7 en faveur des hommes (contre 1,1 en 2023). L'âge des évacués a varié entre 08 mois et 69 ans.

En sus des frais d'hospitalisation et de soins, l'Etat a décaissé au courant de l'année 2024 la somme de 114 900 000 FCFA contre 108 264 100 FCFA en 2023 soit une hausse de 6,1%. Les dépenses globales en santé dans le cadre des évacuations sanitaires s'élèvent à 544 904 133 contre 389 243 754 en 2023 soit une hausse de 155 660 379 FCFA représentant 40%. Ainsi, le coût moyen d'une évacuation sanitaire est estimé à 11 845 742 contre 8 846 449 FCFA en 2023.

Ces dépenses de santé liées aux évacuations sanitaires des agents de l'Etat et des membres de leurs familles représentent 0,31% des coûts globaux de dépenses liées à la protection sociale. (Source : Etat de la Fonction publique 2024)

# la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»

## ANALYSE DU DISPOSITIF

Le circuit de la prise en charge est un circuit relativement fluide et structuré. En effet, depuis la formulation de la demande adressée au Ministre en charge de la Fonction publique jusqu'à l'obtention des titres de voyage, en passant par la sélection par le Comité de santé et le choix de la structure d'accueil, le patient suit un canevas suffisamment éprouvé, et relativement balisé et connu des parties prenantes.

Même si le circuit de la prise en charge est bien maîtrisé, il faut cependant noter que l'espacement des rencontres du Conseil de Santé ne milite pas en faveur de l'urgence que revêt certaines pathologies. En effet, en situation d'urgence où le cas requiert une prise en charge rapide, les patients qui demeurent soumis aux calendriers des sessions du Conseil de Santé peuvent voir leur état se dégrader si le conseil ne se réunit pas en urgence.

Un autre élément, non moins important, est l'assistance nécessaire à certains types de patients, aussi bien à l'embarquement qu'à l'accueil. Si tous les grands aéroports disposent d'un service officiel d'accueil et d'assistance aux passagers qui en expriment le besoin, la mise en œuvre de cette disposition varie d'un pays à l'autre, d'un agent à l'autre d'où la nécessité d'une plus grande vigilance et d'une sensibilisation permanente.

Le rapprochement ou la tenue des réunions du Conseil de santé en cas d'urgence devrait pouvoir soulager les patients. En effet, dans les principes, les situations d'urgence méritent d'envisager des procédures dérogatoires en cas d'urgence avérée dans le but d'améliorer le dispositif global d'évacuation sanitaire.

Parmi les points de vigilance, l'obtention du carnet de vaccination, dans les délais requis, (période d'incubation de 10 jours au moins avant le voyage), permettrait d'éviter la mise en quarantaine dans le pays d'accueil. De même, l'assistance de certains types de patients, aussi bien à l'aéroport que durant le trajet, où les changements de terminales à l'escale et les formalités à l'arrivée durent parfois plus de temps que prévu devrait susciter une attention particulière pour un dispositif plus performant.

Un des points cruciaux de cette prise en charge des patients à l'étranger est la poursuite du traitement au Sénégal. En effet, il arrive que les médicaments nécessaires à la convalescence et à la guérison du malade ne soient disponibles au Sénégal. Ou que les structures de l'Etat interrompent la prise en charge pour cause de départ à la retraite de l'agent.

Par ailleurs, la reprise des cures, bien que devant faire partie intégrante du protocole thérapeutique, n'est pas intégrée dans le paquet couvert par le dispositif. Cette situation interroge la capacité du système de santé à assurer une prise en charge des patients de retour sur le sol sénégalais et à garantir le continuum de soins, même en cas de retraite.

En effet, pour un bon fonctionnement du dispositif global, le conseil de santé devrait disposer d'une autonomie de gestion financière et pouvoir initier des mécanismes d'alimentation du fonds afin d'élargir l'assiette des bénéficiaires et par ricochet être plus performant dans ce processus global de prise en charge des évacuations sanitaires à l'étranger.

En définitive, le cadre législatif et réglementaire régissant les évacuations sanitaires à l'étranger devrait être revu au regard de l'évolution des enjeux.

## SOUS-THÈME 15

Requête du BOM : le plateau technique médical composé d'équipements de diagnostic, d'exploration, de surveillance et de traitement constitue un déterminant majeur de la qualité et de la sécurité des soins. Avec l'avènement de la COVID-19, le Sénégal engagé dans une dynamique d'amélioration de la résilience de son système de santé a réalisé des investissements significatifs pour le relèvement du plateau technique des structures sanitaires. Toutefois, force est de constater une persistance des disparités régionales avec des structures qui continuent de souffrir d'équipements insuffisants, obsolètes pour la plupart ou non fonctionnels. Cette situation accentue les inégalités d'accès aux soins et entraîne un recours fréquent aux références vers des structures publiques de niveau supérieur ou même vers des structures privées. Lesquelles références sont synonymes de rupture dans le continuum de soins et de difficultés accrues pour les populations déjà vulnérables. La problématique ne réside donc pas uniquement dans l'insuffisance d'équipements mais davantage dans leur exploitation, leur maintenance et leur durabilité. Cela soulève la question de savoir comment garantir la durabilité, l'autonomie technique et l'utilisation optimale des équipements de pointe mis à disposition afin de maximiser leur impact sur la qualité et la continuité des soins ?



## LE RELÈVEMENT DU PLATEAU TECHNIQUE

# la lettre du BOM

«Mieux s'organiser pour être plus performant»



Toumany SANKHARE,  
Conseiller en  
organisation au BOM



Messieurs Saïdou DIAW,  
Conseiller en  
organisation au BOM

Le plateau technique médical est l'un des piliers critiques pour la qualité et l'efficacité de systèmes de santé modernes. Il couvre, en effet, tous les appareils biomédicaux et infrastructurels utilisés pour le diagnostic, l'exploration fonctionnelle, la surveillance et le traitement des patients. Sa performance est cruciale pour établir une gestion rapide et efficace des pathologies compliquées au sein des institutions de santé. Le Sénégal a beaucoup investi dans cette transformation au cours des dix dernières années avec son Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS)<sup>1</sup> pour plus de souveraineté sanitaire.

La crise de la Covid-19 a également servi de catalyseur, exposant les limites structurelles de nos capacités de diagnostic et propulsant une tendance de mise à niveau sans précédent. Mais ces progrès devront passer par un défi de durabilité : **comment passer d'une simple logique d'acquisition d'équipements à une véritable culture de la performance et de l'équité territoriale ?**

## CONSTATS ET DÉFIS STRUCTURANTS

Le plateau technique médical comprend les équipements biomédicaux lourds (IRM, scanners, blocs opératoires, unités de réanimation), les ressources humaines spécialisées, les systèmes de maintenance et les mécanismes de gouvernance et de gestion. Une analyse croisée des données produites par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) met en exergue trois ruptures majeures au Sénégal :

### 1.1. L'équité territoriale en question

La performance d'un plateau technique repose sur l'équilibre entre quatre dimensions fondamentales : machines, main-d'œuvre, maintenance et management (le modèle «4M»). L'EDS-Continue (ANSD) au Sénégal montre que Dakar est encore la région où plus de 60% des équipements lourds (IRM, scanners) sont concentrés. Cette macrocéphalie sanitaire sape le continuum des soins, aggravant les références coûteuses et dangereuses pour les populations de la périphérie et, va à l'encontre de l'esprit de la couverture santé universelle. A cette iniquité, se pose aussi souvent la question de la fonctionnalité des équipements.

### 1.2. La question de la fonctionnalité

La disponibilité physique d'un équipement ne garantit pas son utilité clinique. Selon l'OMS, 1 scanner pour 300 000 – 400 000 habitants est requis pour atteindre une couverture diagnostique suffisante. Pourtant, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, environ 40 % des équipements médicaux sont non fonctionnels ou sous-utilisés. Au Sénégal, des dispositifs de pointe sont fréquemment à l'arrêt par manque de maintenance préventive ou rupture de consommables spécifiques ou d'un comportement malveillant des utilisateurs, transformant des investissements stratégiques et coûteux en actifs dormants. Ces défaillances créent une rupture dans la continuité des soins.

<sup>1</sup> MSAS (2019). Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) 2019-2028. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Sénégal.

### 1.3. Les failles de la performance technique

Une analyse des investissements réalisés révèle une :

- négligence dans la maintenance ; moins de 5% du budget des structures y est alloué, contrairement aux normes internationales ;
- vulnérabilité infrastructurelle associée à l'instabilité de la tension électrique et à l'inadéquation des locaux (température, humidité, vétusté) entraînent souvent la détérioration accélérée des pièces électroniques sensibles ;
- faiblesse de l'ingénierie biomédicale renforce encore la dépendance excessive aux prestataires de services externes pour la maintenance curative, ce qui aggrave les temps d'arrêt et le coût élevé de l'exploitation.

## PRÉCONISATIONS

Dans le cadre de l'Agenda National de Transformation Sénégal 2050, le relèvement du plateau technique doit être piloté comme un programme spécial de sécurité nationale. Le Bureau Organisation et Méthodes (BOM) préconise les axes suivants :

- assurer un haut niveau d'adhésion aux normes de l'OMS en allouant au moins 5% du budget des structures de santé à la maintenance ;
- intégrer dans les appels d'offres pour les équipements lourds, un modèle quantifié de contrat de maintenance garantie en pièces de rechange disponibles pendant une période décennale ;
- appliquer l'outil de Système de Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO) pour faciliter la traçabilité et fournir une planification prédictive des interventions ;
- systématiser les audits pré-installation pour vérifier que l'environnement (électricité, eau, climatisation) satisfait aux spécifications techniques des fabricants ;
- renforcer les capacités des ingénieurs et/ou techniciens biomédicaux avec des programmes de formation continue et de certification par leur participation à des stages avec des fabricants d'équipements internationaux;
- améliorer la fonctionnalité des pôles régionaux en maintenance autour des Directions régionales de la Santé (DRS) afin d'accroître l'efficacité des interventions spécialisées ;
- sensibiliser le personnel sur la préservation du matériel en respectant les règles d'usage.

## CONCLUSION

L'amélioration du plateau technique médical est un élément constitutif de la résilience du système de santé dans le contexte sénégalais. Selon la Vision Sénégal 2050, la gouvernance de ces outils mérite d'être placée au sommet. Le défi n'est plus seulement d'acquérir, mais de garantir un fonctionnement durable et une distribution équitable de la technologie médicale, seule voie pour assurer un accès aux soins de qualité pour tous les citoyens, quel que soit leur lieu de résidence.





 Bureau Organisation et Méthodes

# BOM

 Bureau Organisation et Méthodes

**République du Sénégal**  
Un Peuple-Un But-Une Foi



**Présidence de la République**  
Secrétariat général

**Une structure d'étude, de conseil et d'appui**