

Le secteur de la santé au Sénégal : malaises actuels et perspectives futures

**Préparé par
Mame Aly Konte**

Dakar, mai 2006

Sommaire

Introduction	1
A. L’addition de plusieurs années de malaise	2
1 - Le maintien de fortes inégalités	2
2 - L’épineux problème lié à l’accès aux ressources	3
3 - Des réformes peu audacieuses	4
4 - L’échec des comités de santé	5
B. Des réponses partielles qui ne règlent pas tout	7
1 - L’équation du marché du médicament	7
2 - La promesse d’une carte sanitaire en veilleuse	7
3 - Le défi de la qualité et ses limites	8
III- Impact des changements institutionnels sur la marche du système	11
1- Un ministre change tous les ans	11
2- Un autre point noir, la politique des subventions	11
3- La charte du malade, un serpent de mer	12
IV-La réforme hospitalière, une priorité	13
1- Un nouveau statut pour les établissements de santé publique	13
2- Un double défi, améliorer la qualité des soins et des services	13
3- La commission médicale d’établissement : un nouveau cadre pour innover	15
V- Gouvernance et transparence : Le pari de la lutte contre la corruption	17
1- Les insuffisances d’un système en mal de gestionnaires	17
2- L’absence d’éthique et de référence	17
3- Corriger les dérives nées de la décentralisation	18
Conclusion	19
Notes	20

Introduction

Le secteur de la santé vit un sérieux malaise au Sénégal. C'est la conclusion qui est issue de la vaste concertation qui s'est tenue à Dakar en mars 2006, à l'occasion du forum national sur la bonne gouvernance de la santé. Entre la baisse de la qualité des soins, tous les disfonctionnements notés dans les systèmes de tarification des soins, la pauvreté de l'assurance maladie entre autres, le diagnostic est sans équivoque. Les hôpitaux et les districts médicaux sont malades et attendent une sérieuse réforme. A Dakar, comme dans le reste du pays, une série d'initiatives ont été tentées. En vain jusque-là.

Gangrené par des pratiques pour le moins douteuses, l'hôpital sénégalais est un lieu de corruption. Ce mal est aggravé aujourd'hui par le risque de voir se généraliser le système souterrain organisé ici et là, depuis que les moyens du secteur sont passés à 40 % du budget national. A l'initiative du Forum civil et du Centre de recherche pour le développement international (Canada), Dakar a abrité du 29 au 30 mars 2006, un Forum national sur la gouvernance et le système de santé au Sénégal.

Comme une sorte de mise en lumière des grands maux, cette rencontre passionnée entre administration des hôpitaux, acteurs de la réforme et associations de malades et de consommateurs a permis aux autorités politiques et à tout ce monde de passer en revue quelques aspects de la vie quotidienne des Sénégalais sur un lit d'hôpital, dans les couloirs d'un centre ou le banc d'un poste de santé. Elle aura été une **occasion de plus (1)** pour mobiliser des acteurs et spécialistes des questions de santé et de développement pendant deux jours, pour faire un état des lieux et amorcer quelques pistes de solutions pour sortir le système de sa léthargie actuelle.

L'initiative, a dit Mohammadou Mbodj, président du Forum civil, s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale d'intégrité, dont l'objectif est d'aider le Sénégal à émerger et à construire un dialogue entre les différents acteurs qui interviennent aujourd'hui dans le système de santé au Sénégal. Il s'agit selon lui, d'inscrire ce même processus dans la durabilité et d'améliorer la gouvernance dans la santé, comme dans d'autres secteurs à forte dotation budgétaire. C'est ainsi qu'une attention particulière a été portée à plusieurs autres secteurs dont la police, les Impôts et domaines, les Collectivités locales, la justice, etc. Ce défi nouveau pour le Centre canadien de recherche pour le développement international (CRDI) est d'encourager la recherche équitable et une participation citoyenne active dans les pays en voie de développement comme le Sénégal.

I - L'addition de plusieurs formes de malaises

1- Un univers bâti sur le maintien de certaines inégalités

Le décor campé, un certain nombre de constats alarmants ont permis à tous les acteurs de réfléchir ensemble sur les pistes nouvelles à explorer dans un système où les problèmes ne manquent pas. Pour donner le ton, le ministre de la Santé et de la Prévention médicale, lui-même, s'est posé en victime d'un système au sein duquel, il a avoué ne rien maîtriser du tout.

Dans un plaidoyer fort éloquent, Abdou Fall, ministre de la Santé, a insisté sur la nécessité d'aller de plus en plus vers un dialogue plus large entre acteurs du monde de la santé au Sénégal. Un regard croisé qui a permis de débattre sur le rôle et les responsabilités de la santé au Sénégal. Face à une demande sociale plus forte et plus exigeante, le moment est venu d'élever le niveau de la conscience citoyenne dans un secteur vital comme la santé. Une approche de coresponsabilité est d'ailleurs nécessaire dans ce cadre, selon le ministre, qui a noté quelques avancées intéressantes du Sénégal en matière de santé publique, de baisse de la mortalité infantile, dans la lutte contre certaines grandes endémies comme le paludisme, le sida, la tuberculose, sur le couple mère-enfant etc.

Ces acquis de la phase I dans l'effort entrepris par les pouvoirs publics pour la mise sur pied d'une bonne politique de santé publique, annonce selon le ministre, les grands tournants qui devraient affecter le secteur de la santé dans le cadre d'une vaste réforme du système hospitalier. Le ministre qui n'a pas caché que le financement de l'offre de soins constitue un problème majeur et grave dans son pays. Car jusqu'ici, si l'Etat et les communautés de base ont mis ensemble l'essentiel des moyens (14 milliards pour ces dernières), il faut regretter que les collectivités locales, qui ont hérité de certains dispositifs du système de santé, dans le cadre de la décentralisation, n'ont fourni en 2005 que 3 milliards Fcfa en terme de contributions.

C'est peu au moment où les populations exigent une meilleure accessibilité aux soins et aux structures de santé et une promotion de la qualité de l'offre de soins. La question des équipements et des infrastructures reste ainsi le nœud gordien d'un système de santé malade à presque tous les étages. S'y greffe le problème relatif à l'amélioration de la qualité des ressources humaines qui constitue une réelle source d'inquiétude dans le système de la santé. Surtout quand on sait, comme l'a souligné le ministre lui-même, qu'un médecin gagnait jusqu'à une certaine époque, moins qu'un diplômé du niveau Bac + 1. Moins qu'un titulaire du Certificat d'études primaires et élémentaires (CEPE) qui capitalise de nombreuses années d'expérience.

Il a fallu d'ailleurs rectifier cette première anomalie d'un système qui était destiné à faire des résultats. Rectifier, mais surtout ajuster. Les deux exigences étaient devenues une nécessité depuis que les moyens alloués au ministère sont passés à plus de 40 % du budget national. Un volume de financement et d'investissement colossal par rapport aux sommes d'argent qui ont été jusque-là affectées au secteur de santé au Sénégal. C'est dans ce cadre que la tenue du forum dont les conclusions sont très attendues, constitue une aubaine et une opportunité pour tout le monde. Corps médical comme acteurs divers de la santé.

2- L'épineux problème lié à l'accès aux ressources

Vaste programme qui mobilise les acteurs, le gouvernement et les partenaires au développement. Pour les experts, il semble aujourd'hui bien difficile d'aborder la question du financement sans parler de celle plus hypothétique liée à l'accès aux ressources, et tous ces aspects liés aux objectifs du millénaire et aux trois facteurs d'évolution du système à savoir : l'accessibilité géographique, financière et socio-culturelle. Sur ce volet, deux aspects du financement s'opposent selon les acteurs : - le financement de l'offre et le financement de la demande.

La véritable question qui se greffe au financement de la demande est dans son mode d'opération qui consiste le plus souvent dans un paiement direct qui permet aux centres de santé de mobiliser quelque 40% de leurs ressources. Le mal est que tout cet argent provenait essentiellement des usagers là où d'ailleurs, selon certaines sources, 60% du financement des hôpitaux sont issus du mode de paiement direct.

C'est ce qui a fini par démontrer que ce système d'échanges qui ressemble parfois à du troc, reste aujourd'hui un sérieux problème pour l'Etat, les collectivités et le public ; ceci du fait que seul 1 sénégalais sur 7 dispose aujourd'hui d'une assurance-maladie. Il est également à la base d'un certain nombre de dysfonctionnements qui ont fini par poser la question centrale du maillage géographique des structures de santé qui pose un problème de cohérence malgré la confection de la carte sanitaire. Dans son mode d'organisation actuelle, **la carte sanitaire (2)** reste un outil de gestion qui ne répond parfois à aucune norme d'efficacité et aux besoins exprimés par les populations, les associations de malades et de consommateurs.

Dans un contexte sénégalais marqué par le faible niveau d'accès à l'assurance maladie, (seulement 15 à 18 %), on compte aujourd'hui beaucoup d'exclus aux soins à cause des barrières financières. Le constat est celui des acteurs du monde de la santé en général qui s'interrogent sur les moyens à mettre en œuvre pour rendre l'assurance maladie obligatoire et volontaire. Cette mesure permettrait par la suite d'organiser les populations à travers l'élaboration d'un plan quinquennal de développement de la santé avec la réorganisation des mutuelles de santé. Toutes ces séries de mesures s'inscrivent dans la faiblesse des réponses préconisées et/ou offertes par les IPM et institutions sociales, l'assurance privée et commerciale.

C'est ainsi que pour venir au secours des groupes vulnérables, se sont développées des actions comme le Programme élargi de vaccination, le programme national de lutte contre la tuberculose, la promotion de la subvention ciblée pour alléger les charges lourdes au plan financier des affections dites coûteuses. Surtout pour ce qui est de l'assistance aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. A ce titre, quelque 300 millions de francs ont été mobilisés pour la subvention aux malades atteints de diabète. L'Etat qui a fait de sérieux efforts destinés à la prise en charge du paludisme, la subvention des moustiquaires imprégnées, la gratuité des accouchements et des césariennes, du sang et des anti-tuberculeux.

En dépit de ces mesures, l'une des principales faiblesses qui a été notée sur ce point par experts et acteurs du secteur, (surtout pour les sources de financement) provient du fait que jusqu'ici les principaux bailleurs du système de santé sont restés les mêmes : l'Etat, les collectivités locales, les populations et les partenaires au développement. Aujourd'hui, sur les 350 milliards Fcfa collectés dans le système, il a été déploré que plus de 50% proviennent de

l'Etat, 30% par les comités et mutuelles, seulement 3% par les collectivités locales. Ce qui est en dessous des espoirs que les pouvoirs attendaient des effets induits de la décentralisation.

L'objectif est de rendre plus effective la participation des ménages et des groupes vulnérables. Il a été retenu qu'une attention particulière devrait être portée sur les maladies coûteuses notamment les malades atteints d'insuffisance rénale qui devraient faire des dialyses à répétitions qui coûtent trop chères. Comme pour le diabète et le cancer, il s'agit d'opérations coûteuses que de rares Sénégalais ont les moyens de supporter.

3- Des réformes peu audacieuses

La question du financement débouche naturellement sur la nécessité de rationaliser la qualité des soins et les moyens qui leur sont affectés depuis plusieurs années. Nous sommes en plein dans la stratégie de la bonne gouvernance.

Plusieurs années de réformes entreprises au cours des dernières années n'ont pas permis de modifier de manière significative le système hospitalier au Sénégal en dehors de la création des comités de santé entamée à l'époque où les soins étaient gratuits. A côté d'un personnel pour l'essentiel démotivé, aucune importance n'a été accordée aux questions de performance et de la qualité des hôpitaux. Ce qui a eu pour conséquence d'aboutir à une série d'insuffisances notées dans les approches et les solutions offertes qui ont eu pour effet d'accélérer la démotivation du personnel de soins.

Pour améliorer les performances des hôpitaux au plan de la gestion, deux lois complémentaires vont être promulguées par l'Etat sénégalais. A savoir :

- la loi 98-08 portant réforme hospitalière ;
- la loi 98-12 relative à la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé.

Ces deux lois ayant été complétées par deux décrets d'application ;

- le décret d'application 98-701 relatif à l'organisation des établissements de santé ;
- le décret 98-702, portant organisation financière des Eps.

Sept années après la naissance de ces lois, l'impact sur le personnel et les usagers a été diversement apprécié. Pour ce qui est des conditions de travail, on a pu percevoir que les compétences ne manquent pas par rapport aux références cliniques. Mais, le dénuement du personnel médical a été aggravé par le manque d'investissement malgré le relèvement du plateau technique. En effet, l'hôpital recrute un peu plus ; forme et motive pour relever le niveau d'accès aux ressources et aux soins.

Globalement, la réforme hospitalière essaie d'apporter des réponses aux exigences d'une société moderne qui demande une médecine de pointe. Cela à travers une meilleure écoute à l'égard des malades, une prise en charge plus effective, la mise en place d'une boîte à idées et d'un questionnaire de satisfaction. Ce dispositif est complété par l'humanisation des services, de l'hôtellerie et de l'accueil. L'une des clés du système étant de parvenir à une autre perception du malade avec un patient et un client qui occupent une place centrale dans le système. L'exemple de l'Hôpital général de Grand Yoff a été retenu comme un modèle d'inspiration à ce propos. Une à auditer pour apprécier les avancées notées ici et là.

4 - L'échec des comités de santé

Au cours des deux dernières décennies, le ministère de la Santé a entrepris d'autres esquisses de réformes dont quelques-unes principalement ont retenu l'attention. Parmi eux, les comités de santé. Il s'agit autour de ces cadres d'affirmer la participation des populations à travers :

- la participation communautaire dans la mise en œuvre de la politique de santé à travers les comités de santé. Cela, sous l'impulsion du projet de développement des ressources humaines depuis les années 1990.
- La planification sanitaire avec l'approche programmée comme outil de gestion du programme de développement intégré (PDIS) qui s'est étalé de 1998 à 2002 dans la première phase du Plan national de développement sanitaire (PNDS) à la place de l'approche-projet.

Pour les comités de santé, on retiendra qu'il s'agit essentiellement d'associations privées régies par le Code des obligations civiles et commerciales à travers la loi N°92-07 du 15 janvier 1992, 93-1211 du 25 octobre et 97-347 du 1er avril 1997. Destinées à la participation à l'effort national de santé (un processus par lequel les individus et familles prennent en charge leur santé depuis l'identification de leurs besoins à l'évaluation des programmes), le travail des comités de santé devrait aboutir à la réalisation d'équipements et d'infrastructures de santé, à la participation financière et la mobilisation sociale entre autres.

L'objectif global visé par les pouvoirs publics étant de permettre aux structures de santé de disposer de ressources additionnelles au plan financier, matériel et humain. Tout ceci dans le but de renforcer les moyens de l'Etat, de palier la mise en place tardive des budgets et de s'offrir des procédures souples pour la comptabilité publique. Ce sont là autant d'attentes de la part des pouvoirs publics qui ont eu pour conséquences de gripper davantage le mode de fonctionnement de ces comités de santé. En fait, ces structures se sont largement détournées de leurs objectifs en s'adonnant pour la plupart à la collecte des recettes générées par les activités génératrices de revenus au détriment des activités promotionnelles.

Les recettes sont ainsi thésaurisées si elles ne sont pas détournées au moment où les structures manquent de ressources. L'autre facteur qui bloque le fonctionnement de ces comités est lié à l'absence de démocratie qui fait que les instances de décision ne sont pas toujours renouvelées et ne sont pas représentatives des populations. Le plus grave étant que les dépenses n'obéissent pas souvent à des clefs de répartition objectives et ne sont pas planifiées. Entre autres griefs signalées qui enfreignent la bonne marche des comités de santé, le manque d'efficacité des organes de contrôle et de supervision telles que l'inspection interne, les directions nationales, les régions médicales et les districts sanitaires, qui n'auraient pas tous en ce qui les concerne, joué leur rôle pour des raisons diverses.

Finalement, ces comités sont aujourd'hui considérés comme une sorte de nébuleuse qui joue un peu une fonction de trouble-fête dans les structures médicales en imposant leur bon vouloir aux médecins. Autres grandes faiblesses, de nombreux de compétences, ont été mises en veilleuse à travers la rétention de fonds à des fins politiques, la non reconnaissance des districts etc. Affecté par la confusion, quant au rôle des élus, au manque de formation des membres qui les composent, à la méconnaissance de leur rôle et parfois au manque de civisme ajouté à cela toutes les pesanteurs des facteurs socio-culturels, le comité de santé n'est pas réellement un cadre d'innovation et d'échanges qu'il aurait dû être. Il est devenu

une véritable source de blocage dont la suppression servirait, selon certains acteurs et médecins en particulier, à déverrouiller un système bien grippé.

L'urgence et la raison recommandent sur ce point que soient améliorés le mode de gestion et de fonctionnement, le renforcement, la supervision et la finalisation du projet de réforme des comités de santé qui devraient permettre de trouver des solutions à certains problèmes tels que la représentativité et le renouvellement régulier des instances. Aujourd'hui, pour atteindre ces résultats, et aider à un meilleur fonctionnement des services de santé décentralisés, les élus recommandent que le découpage du système en districts soient améliorés, qu'il y ait suffisamment de transfert d'argent, donc de financement. Que les collectivités locales soient suffisamment appuyées par l'Etat qui serait plus inspirer en les dotant d'un plateau technique plus relevé.

II- Des réponses qui ne règlent pas tout

1- Le médicament entre grossistes et Bana-bana (3)

La gestion des comités de santé n'est pas le seul problème auquel fait face le système de santé sénégalais. Le secteur de l'approvisionnement en médicaments connaît également une certaine évolution qui a été l'objet d'une attention particulière depuis l'expérimentation de l'initiative de Bamako et l'élaboration d'une politique nationale pharmaceutique qui date des années 1988.

Le principal objectif de la réforme est d'arriver à assouplir la gestion de l'outil comme dans un service de l'administration. Mais, aujourd'hui encore, des ruptures sont notées dans l'approvisionnement des structures publiques en médicaments liés à des dysfonctionnements de la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) et l'absence de maîtrise des besoins des structures de santé. Celle-ci arrive malgré tout à assurer de manière plus ou moins satisfaisante, les besoins des formations sanitaires.

Les récents audits réalisés à la Pharmacie nationale d'approvisionnement montrent cependant les limites du système et des réformes ont été proposées et approuvées par les pouvoirs publics ; ceci dans le but de créer une société nationale. C'est en ce sens que la création d'un laboratoire national de contrôle des médicaments, complément de la Direction de la pharmacie et des laboratoires devrait permettre d'avoir des médicaments de qualité. En effet, le contrôle systématique des médicaments avant toute autorisation de mise sur le marché, de même que la pharmacovigilance qui a fait jusqu'ici défaut, seront désormais obligatoires.

L'accès plus facile aux médicaments est ainsi un des grands objectifs de la réforme. Et c'est pour cette raison que des dépôts communautaires ont été créés avec l'arrêté N°000188/MSHP/DPM daté du 15 janvier 2003 qui a déterminé les marges bénéficiaires de médicaments et produits cédés par les officines, les dépôts privés et communautaires. Le ministère de la Santé signale à ce propos, que certaines structures ont du mal à fixer les marges du fait des nombreux calculs arithmétiques posés dans l'arrêté. A ce niveau, la réglementation mise sur pied n'est pas toujours respectée. Il n'est pas rare, selon la source qui donne l'information, de voir des comités de santé fixer des marges de plus de 50% et parfois des prix plus élevés que ceux pratiqués par les officines privées.

Les dépôts communautaires constituent un cas à part dont le fonctionnement a été largement débattu par experts, clients et associations. Pour la présidente de l'Ordre des pharmaciens, *« on peut dire sans se tromper qu'à ce niveau, l'esprit a bel et bien été perverti. A l'époque où l'Etat prônait cette politique des dépôts communautaires, il n'existait au Sénégal que quatre pharmacies. Mais, aujourd'hui, ce qui passe à Touba (3) où les dépôts dépassent largement le nombre de pharmacies, est grave. »* S'y ajoute le cas de cet immense dépôt situé sur l'avenue Blaise Diagne, *« Keur Serigne Bi »* (4), où tous les médicaments qui ne subissent aucun contrôle, sont vendus par des gens venus de nulle part au su et au vu des autorités.

2- La carte sanitaire, outil de gestion de proximité

En revenant sur la carte sanitaire et l'accès plus facile aux structures de santé, il a été retenu que celle-ci constitue un cadre de planification en matière d'infrastructures,

d'équipements et de ressources humaines. L'objectif à travers la mise sur pied de cet outil est de rapprocher l'hôpital et les centres de santé des populations. S'il s'agit d'une belle trouvaille qui accompagne la réforme hospitalière, les lenteurs qui entourent sa mise en route découragent un peu plus les malades et les patients. Et au vu du nombre d'hôpitaux construits en **attente d'ouverture (5)** et ceux dont les constructions sont en cours, l'on attend toujours les promesses de la nouvelle carte sanitaire.

Le plus difficile reste lié, selon les spécialistes, au retard noté dans l'application scrupuleuse de l'instrument. S'y greffe un autre couac, à travers l'équation des tarifs de consultation et d'hospitalisation qui ont été l'objet d'une standardisation par un arrêté interministériel daté du 21 février 2005. Arrêté qui fixe pour tous les actes relatifs à l'hospitalisation un plancher et un plafond avec possibilité de forfaits pour certains. Cette offre a été accompagnée d'autres mesures comme l'organisation communautaire de la demande de soins avec la mise sur pied de mutuelles de santé régies par la loi de mai 2003. La mutuelle de santé constitue un groupement de personnes à but non lucratif et qui vit essentiellement au moyen de cotisations de ses membres et qui se proposent de mener dans l'intérêt de ces derniers, ou de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide, de solidarité en vue de faciliter l'accès et la prise en charge de tous ou partie des soins de santé. C'est la définition.

Aujourd'hui, même si elles jouent un rôle non négligeable dans la couverture sanitaire et des besoins, leur mise en place pose problème dans la mesure où le décret d'application de la loi fixant les critères d'agrément est encore loin d'être finalisé. Ce qui a pour conséquence de rendre plus difficiles les relations entre bénéficiaires et prestataires de soins. D'ailleurs, il faut signaler qu'entre les deux groupes, s'est installée une relation de méfiance. Du côté des mutuelles de santé, on affirme que la faible capacité financière et l'insuffisance de leur capacité juridique seraient la cause.

Autre point faible du secteur, l'aide médicale d'urgence. A propos de ce chapitre, on estime que la création d'un service médical d'urgence (SAMU) et l'organisation des transports sanitaires mettant en synergie tous les moyens de transport de malades en cas d'urgence aideraient à améliorer l'accessibilité géographique des soins.

3-Le difficile défi de la qualité

L'effort de modernisation des systèmes de santé bute encore sur un problème de taille : l'amélioration de qualité et des infrastructures d'accueil. C'est pour cette raison que des approches nouvelles ont été tentées pour faire face à tous les problèmes soulevés plus haut. Mais, il se trouve que le passage brutal de l'approche-projet à l'approche-programme pose plus de problèmes qu'elle n'en a résolu jusqu'ici. A cause de problèmes liés à la méthodologie et aux procédures financières et comptables. Ce qui a eu aussi des effets sur la coordination des actions, la viabilité des mécanismes de concertation et des mesures d'accompagnement comme la revue annuelle conjointe de supervision semestrielle.

De nombreuses contraintes ont été notées à ce propos tant dans la régularité des réunions trimestrielles des comités internes de suivi, dans les missions conjointes de supervision semestrielle que dans le manuel de procédures de gestion financière et comptable. Deux outils destinés à harmoniser les procédures des partenaires et de la Cellule d'appui et de suivi (CAS) du PNDS.

Au niveau de ces réformes financières (appui budgétaires, déconcentration de l'ordonnancement, budget par objectif), les efforts devraient être faits pour améliorer la qualité et le niveau de la supervision dans la prise en charge des équipes de supervision en terme de perdiems. La principale remarque sur ce point étant que les agents qui étaient habitués à des perdiems compris entre 15.000 et 35.000 Fcfa souffrent du fait que ceux-ci ont été ramenés à moins de 5000 francs. C'est à dire entre 2500 et 3500 Fcfa, après services. Il est donc à craindre qu'il y a de fortes chances que la supervision ne soit pas assurée.

À côté de tous ces quelques points positifs et problèmes, subsistent encore quelques grands maux. Il a été signalé que le déficit en personnels estimé à quelque 3000 agents, est encore loin d'être résorbé. Car non seulement la demande est supérieure à l'offre, mais aujourd'hui, le ministère de la Santé n'est pas en mesure de recruter et de garder les personnels du fait du faible niveau de rémunération. C'est un constat malheureux fait par les syndicats. Et, sur ce volet lié à la rémunération des personnels et des avantages accordés à certains membres du secteur, la question de la sécurisation du statut du prestataire se pose comme un sérieux facteur de blocage.

On note d'ailleurs à leur niveau, une importante baisse de revenus, au moment où les risques se multiplient, liés au contact avec les malades et qui menacent leur vie. Le corps des infirmiers connaît un sérieux déficit dans les centres hospitaliers. Et les syndicats déplorent le fait que tous les départs de personnel ne sont pas remplacés à cause des plans d'ajustement qui ont touché le secteur de la santé. Ce qui fait, selon eux, qu'on a que la qualité qu'on mérite aujourd'hui et à moindre coût. Le déficit de personnel est d'autant plus grave qu'on ne disposait jusqu'à une date récente, que d'un médecin par district. Aujourd'hui, même si les effectifs ont été portés à deux spécialistes par district, il reste que le déficit est encore très accentué.

Cette question débouche sur celle liée à la formation continue. Car le corps des infirmiers demande à bénéficier d'une formation supérieure et refuse de n'être qu'un appendice des médecins dans un système de santé revu et amélioré. Or dans leur cursus, ces personnels se demandent aujourd'hui quel avenir ils peuvent avoir quand ils estiment pour la majorité qu'on dirait que le ministère de tutelle ne leur ouvre qu'une seule porte pour l'avenir : celle de rester des prestataires de services dans les hôpitaux et centres de santé. Infirmiers et sages femmes demandent aujourd'hui plus d'équité ; jusqu'ici, le seul choix pour leur évolution, reste dans l'obtention d'un diplôme de technicien supérieur de la santé. Une sorte de plafond pour eux. Certains parmi eux, estiment ainsi qu'un plan de carrière leur permettrait d'aller jusqu'au Masters ou au PHD.

Malgré la réorganisation du ministère, avec la création d'une grande Direction des ressources humaines et la mise sur pied d'une autre Direction des infrastructures et équipements médicaux (DIEM) pour assurer les missions qui étaient dévolues à la DAGE, des points noirs subsistent encore dans tout le système.

Car si cette organisation a permis de résoudre des dysfonctionnements constatés et de mettre un organigramme fonctionnel, les multiples changements intervenus dans l'organisation du département n'ont pas permis de finaliser les arrêtés organisant les directions nationales et les services régionaux. Il semblerait que les districts sanitaires, zones opérationnelles et maillon essentiel du système de santé, connaissent des problèmes de fonctionnement du fait de la non maîtrise des fonds de dotation, des difficultés de fonctionnement des comités de gestion. En effet, ce cadre de concertation multisectoriel

regroupant les collectivités locales, les personnels et les comités de santé devrait être redynamisé.

III- Impact des changements institutionnels sur le fonctionnement des hôpitaux

1- Un ministre tous les ans depuis 2000

Sur tous les points évoqués plus haut, un élément essentiel a retenu l'attention à côté des autres questions soulevées ; le manque de stabilité au sommet de la hiérarchie.

Les participants ont noté qu'en l'espace de six ans, (depuis 2000), il y a eu **six ministres** (6) à la tête du département de la santé. Ce qui est en soi, une réelle source de perturbation et de préoccupation. La conséquence immédiate est que plusieurs réformes attendent encore un décret d'application, faute de suivi et de continuité dans les efforts entrepris au sein du ministère de la Santé. A ce propos, il a été noté beaucoup de cafouillages et d'amalgames et chaque fois qu'un décret devrait être signé, avant même que le document soit sur la table des autorités, le ministre était limogé ou remercié.

Le constat est le même au niveau régional pour ce qui est du fonctionnement des districts médicaux. Beaucoup de décisions destinées à améliorer le système sont encore suspendues à la signature de circulaires, d'arrêtés ministériels qui n'arrivent que rarement à destination. A signaler à ce propos, qu'un arrêté de l'année 2004 qui devrait permettre de faire le découpage de ces mêmes districts dort encore dans les tiroirs de l'administration. Et c'est à ce titre que les comités de gestion mis sur pied avec la décentralisation connaissent, pour la plupart, beaucoup de difficultés à cause de la persistance de toute une succession d'incohérences.

Même si plusieurs directions ont été mises sur pied, comme la Direction des ressources humaines (DRH), le cadre de l'hôpital n'a changé ni dans la forme, ni dans les capacités d'accueil ni dans le génie civil. Il est vrai, selon certains acteurs, que beaucoup d'argent a été injecté dans les hôpitaux et districts, mais, de nombreux problèmes attendent des solutions efficaces. Le mal est que cet argent va dans tous les sens. L'autre faiblesse dans le système qui a soulevé la colère des personnes âgées vient du fait qu'il y a une réelle ignorance de la prise de cette autre couche particulièrement vulnérable.

Sur les 650.000 personnes du troisième âge recensées au Sénégal, seuls 30% disposent d'une couverture sociale. L'Institution de prévoyance retraite (IPRES) préfinance actuellement un centre de gériatrie, mais cela ne règlera pas tous les problèmes, selon les associations de personnes du troisième âge. L'Etat a ainsi mis sur pied la Carte SESAME, mais, elle n'a pas aussi tout réglé, selon les acteurs du secteur. Certains médecins comme le docteur Mamadou Koumé, estime qu'on pourrait espérer une solution avec la création des nouvelles **cartes numérisées (7)**, mises en routes pour les prochaines élections législatives et la présidentielle. Si elles sont disponibles, elles permettraient de rendre plus crédible la carte Sésame pour la prise en charge effective des personnes du troisième âge.

2- Un autre point noir : la politique des subventions

Elle est l'objet de beaucoup de controverses, comme l'ont signalé une partie des participants au forum. Surtout pour l'application de la politique dite des subventions à propos de certaines infections dont le diabète, la tuberculose etc. Il y a à ce niveau, un réel décalage entre la promulgation des dispositions juridiques et l'application de la loi. Ainsi, sur la gratuité des césariennes, comme celle du sang, même s'il a été dit, que les régions de Ziguinchor, Fatick, Matam, Tambacounda et Kolda ont été particulièrement ciblées, il reste

que l'harmonisation de la loi pose un sérieux problème. Problèmes dus essentiellement au manque d'information pour les couches visées, mais aussi au fait que la loi n'est pas appliquée effectivement dans certains hôpitaux.

S'y ajoute que la subvention d'infections comme le diabète, devrait faire l'objet d'une étude plus poussée en vue d'identifier les cas à risque dans cette maladie et pour d'autres types d'infections comme la tuberculose par exemple. La prise en compte des groupes vulnérables devrait constituer une autre étape à travers l'élargissement à d'autres segments de la société comme les vieux, les adolescents, les femmes, les enfants etc.

3- La charte du malade : une nébuleuse

Face à la mauvaise qualité des soins qui a été dénoncée par malades, comme par certains médecins, l'hôpital sénégalais tarde à trouver les véritables solutions. En arrivant dans les centres de santé et dans les grands hôpitaux, le malade est souvent laissé à lui-même, avec des fois, le risque de le voir entrer dans un coma ou mourir.

Pourtant, ils sont rares à le savoir, mais, dans tous les centres, existent bel et bien affichés, selon certains médecins, infirmiers et sages femmes, **une charte du malade** (8). N'allez pas poser la question à tous ces malades qui ne savent pas lire, ou qui n'en ont jamais entendu parler. Ils ne savent pas un mot de cette charte du malade. Même affichée dans la plupart des hôpitaux, cette charte ressemble à un serpent de mer du fait de la littérature qui a servi à la construire et du fait qu'aucun effort destiné à informer les patients sur son contenu, n'a jamais été tenté.

Pour certaines associations de consommateurs, il s'agit d'un autre serpent de mer intégré au système dont nul ne connaît l'existence. Pour cette personne du troisième âge, membre de l'Association pour la défense de l'eau, l'électricité, le téléphone et les services (ADETELS), *« Je n'ai jamais entendu parler de la charte du malade. Le texte est introuvable même s'il est dit que le client est roi. Je crois d'ailleurs que cette charte du malade est véritablement une pièce de séminaire qu'on nous exhibe à chaque fois qu'il y a des rencontres de ce genre. Il est temps qu'elle sorte des tiroirs de l'administration. Sinon, comme elle existe, qu'on l'affiche. »*

A ce niveau, tous les acteurs se sont plaints du manque d'information sur certaines dispositions prévues pour les malades dans le système. En exigeant du coup que le droit à l'information soit élargi pour certaines consultations destinées aux personnes âgées en matière d'urologie par exemple.

IV- La réforme hospitalière : une priorité

1- Un nouveau statut pour les hôpitaux et le personnel

L'un des objectifs de la réforme, en tenant compte de tout ce qui a été dit plus haut, vise à améliorer considérablement l'accès des populations à des soins de qualité, mais aussi à renforcer les capacités de gestion des établissements de santé. Ce sont là deux éléments essentiels de la bonne gouvernance et c'est dans ce cadre que deux arrêtés portant charte du malade et de la carte sanitaire ont été promulgués, il y a quelques années par l'Etat.

Un dispositif complété, selon les spécialistes, par un autre arrêté relatif aux tarifs hospitaliers et fixant les tarifs dans des cadres bien définis avec des minimas et des maximas. Autre nouveauté de ce nouveau dispositif, l'amélioration du mode de rémunération pour tout le personnel du secteur de la santé. Dans le cadre ainsi défini au plan théorique, toutes les dépenses de la tutelle ont été centralisées au niveau du ministère de l'Economie et des Finances. Le ministère de la Santé n'assurant qu'un contrôle technique. Si on prend le mode de rémunération destinée ici à motiver davantage le personnel des structures de santé (médecins, personnels des soins et techniciens), l'on peut retenir qu'il a été organisé autour des avantages suivants :

- le salaire catégoriel ;
- la prime de transport ;
- la prime d'ancienneté ;
- l'indemnité de vie ;
- l'indemnité de sujétion ;

On peut ajouter à ces primes, d'autres avantages comme la prime de logement, l'indemnité de fonction et encore d'autres types de motivation dont des **avantages en nature (9)** accordés aux personnels. Ce projet comprend également d'autres mesures destinées à hiérarchiser le personnel en quatre classes en partant des emplois diplômés jusqu'au médecins spécialistes. Tout cela correspond à des plans de carrières et des barèmes de salaires destinés à motiver les meilleurs éléments du système.

Toutes ces dispositions nouvelles, selon le Directeur des Etablissements de santé publique, M. Mame Abdoulaye Guèye, relève d'un constat récurrent fait depuis des années par l'ensemble des acteurs du secteur. En effet, il a été noté pendant longtemps, une totale absence d'équité au niveau du mode de rémunération dans la santé au Sénégal. Certains conseils d'administration, pour résoudre à leur manière ce problème, n'avaient pas hésité à élever de manière un peu exagérée, le salaire de certains employés sans tenir compte de la loi parce qu'ils pouvaient le faire. Ce qui était du reste interdit par la loi. Et comme il n'existait que peu de moyens de sanctionner, avec l'absence d'une bonne politique de supervision des hôpitaux et des districts, tous les excès étaient du domaine du possible. Il fallait, par conséquent, harmoniser.

2- Un double défi, améliorer la qualité des services et des soins

Sur le défi de la qualité des soins et des services, la remarque faite par les médecins surtout est qu'il ne se résume pas à un problème sénégal-sénégalais. Mais, il s'agit, selon le Docteur Anta Tall Dia, d'un problème mondial. A l'en croire, aucun pays n'échappe

aujourd'hui à la démarche d'amélioration de la qualité des prestations des soins au niveau des formations sanitaires.

Une étude multicentrique effectuée dans cinq capitales africaines, dont Dakar, en 2001 a permis de faire une analyse situationnelle dans la région de Dakar. Menée par l'Institut de santé et développement dans 18 structures de santé de la région médicale de Dakar, elle a permis d'avoir une petite idée sur la qualité des infrastructures, des procédures et de la prestation des soins.

Globalement, les résultats de cette étude ont montré une qualité des services très déficiente tant au niveau de la relation client/prestataire que pour ce qui est de la réalisation des actes techniques pendant les activités curatives, préventives, promotionnelles et de réhabilitation. Et cela, sur l'ensemble des sites étudiés.

La bataille à ce niveau pour les autorités, est aujourd'hui d'arriver à éviter une médecine à deux vitesses. Parce qu'à partir d'un certain nombre de constats, dont ce dernier sorti de l'étude, il a été noté la persistance de certains déséquilibres dans les rapports entre hôpitaux d'une part, entre médecins, prestataires de services et malades d'autre part. Pour relever un tel défi, l'amélioration de la formation du personnel mais aussi de la qualité des services et des soins étaient devenues une priorité. La formation du personnel et l'élévation de son niveau de rémunération ont été perçues comme quelques-unes des grandes exigences des autorités médicales. Surtout dans le but d'éviter les nombreux départs de techniciens et de médecins vers d'autres secteurs ou dans d'autres pays mieux lotis, qui ont été notés depuis plusieurs années.

Le problème de la construction des structures d'accueil et leur aménagement a aussi retenu l'attention. Surtout pour ce qui est de l'accès aux hôpitaux et aux centres de santé. Car pour les personnes handicapées, l'inadaptation des bâtiments à leur état de malades, reste un sérieux obstacle. Aucun effort n'a été fait par l'Etat, pour leur permettre l'accès à certains laboratoires ou blocs opératoires et aux salles de soins. A ce niveau, ce qu'elles qualifient d'anomalies architecturales devrait être levée. La qualité des soins n'a pas connu une amélioration positive du fait que toutes les réformes mettent beaucoup de temps à sortir des tiroirs de l'administration.

Et quand elles en sortent, nombreux sont ceux qui ont déploré les retards notés dans leur application. Sans un élargissement du droit à l'information, sans le changement de comportement réclamé par les associations de consommateurs et les organisations syndicales de la santé, sans une application des nouvelles dispositions contenues dans la carte sanitaire, il sera bien difficile de faire améliorer les soins et les services.

Ainsi, pour faire de la vulgarisation, certaines associations dont les syndicats des travailleurs ont demandé à l'Etat la mise sur pied d'une chaîne de télévision spécialisée sur les questions globales de la santé et de l'hygiène. C'est dans ce cadre qu'il y a nécessité de revisiter les conditions d'accueil et de traitement qui sont en cours dans les hôpitaux et les centres. Mais aussi de revoir toutes les questions liées aux statuts des personnels et également de vulgariser davantage la charte du malade en vue de son appropriation par ces destinataires. Améliorer la qualité des soins ne saurait se faire cependant sans la prise en charge correcte des personnes âgées.

Elles représentent aujourd'hui une frange importante de la population. Au moment où il n'existe que 2 médecins spécialistes pour une population dont l'effectif se situe entre 650.000 à 700.000 personnes. Sur ce point, l'absence de centre de gérontologie et de gériatrie, reste selon les associations de personnes du troisième âge, une grande anomalie à corriger.

Enfin, l'amélioration de la qualité des soins, passe aujourd'hui, par l'harmonisation et la baisse sensible du niveau des tarifs appliqués dans les centres hospitaliers. Il y a un réel problème à ce niveau, selon les associations de consommateurs. Car dans la vie du secteur, c'est la partie la plus sensible à la corruption tant au niveau de l'accueil et de l'hébergement des malades. C'est dans ce sens, a dit, ce membre du Syndicat des personnels de la santé, que la question de fond qui devrait préoccuper l'Etat comme les citoyens devrait porter sur certaines failles du système de tarification. Selon lui, *« l'accessibilité aux centres hospitaliers pose véritablement problème aux Sénégalais. Il y a deux hôpitaux qui coûtent trop chers qui bloquent toute possibilité de réforme du système : l'Hôpital Général de Grand Yoff et l'Hôpital Principal de Dakar. A ce propos, je pense qu'il est aujourd'hui plus que nécessaire de rattacher un centre comme l'Hôpital Principal dans le cadre global du système de santé au Sénégal... »*

Face à un tel mur, toutes les pratiques légales ou illégales sont possibles. Ce qui a fait dire à un autre responsable syndical que, *« c'est pour cette raison que la corruption reste une responsabilité partagée. Dans certains hôpitaux, le client est persuadé qu'il peut tout obtenir par la corruption. Et il arrive qu'il vous demande de mettre un lit supplémentaire dans une chambre de sept (07) lits, moyennant une grosse somme d'argent. Voilà où est le mal, »* selon lui.

3- La commission médicale d'établissement : un nouveau cadre pour innover

La timide application de la réforme hospitalière a débuté sans doute avec la naissance de ce qu'on appelé la **Commission médicale d'établissement (CME) (10)**. Mise sur pied pour apaiser les relations au sein des services de santé, cette réforme a surtout porté sur les centres hospitaliers universitaires.

Elle vise depuis sa création le renforcement de la position dans les hôpitaux, mais surtout la proposition d'un projet médical d'établissement ainsi que le recrutement du personnel d'appui dans le domaine de la restauration, de la maintenance, entre autres. Elle a pour objectif de mieux organiser la formation des médecins et du personnel dans le cadre d'un vaste projet qui prend en compte les besoins des hôpitaux. La CME devrait également se soucier de l'évolution harmonieuse du personnel paramédical dont la surcharge de travail a été décriée. En effet, pendant longtemps, ce corps a reconnu avoir le parent pauvre de tout l'ensemble du personnel médical sénégalais.

La CME a enfin entre autres missions de développer une saine collaboration entre structures sanitaires et districts en permettant l'accès facile à une hospitalisation en urgence. Elle devrait veiller à établir de bonne relation entre l'établissement de santé publique et son environnement immédiat. Toutes ces mesures, parce que selon le docteur Magaye Guèye, cardiologue, Directeur de l'Hôpital général de Grand Yoff, *« Il y a eu beaucoup de problèmes de relations et d'ambiance entre membres des personnels de santé, au sein de la CME. Cela à cause des ambitions personnelles des uns et des autres. Alors que la CME avait pour rôle d'informer le corps médical et d'exprimer une analyse médicale sur certains problèmes touchant le système. »*

Méfiance, existence de préjugés tenaces, rapports parfois tumultueux entre médecins et personnels de santé, sont entre autres les différents problèmes qui opposent les membres de cette commission. Aujourd'hui, en dépit des efforts tentés, cette structure dont le rôle est strictement consultatif, n'en estime pas moins que la piste à explorer reste essentiellement dans la formation du personnel. Partant de là, ils sont nombreux dans le secteur à dire qu'il ne s'agit que d'une autre structure de plus qui ne sert qu'à compliquer davantage le système. L'aveu est d'un ancien administrateur des hôpitaux.

Par conséquent, la crainte est que cette réforme risque de favoriser la mauvaise entente entre partenaires de cette commission médicale d'établissement. En réalité, en donnant plus de place au seul médecin, le personnel de soin (les infirmiers en l'occurrence), estime qu'il n'a pas un grand rôle à jouer dans la commission. On est dans l'une des sources des conflits. Surtout que certains segments du système s'inquiètent du manque de démocratie en nourrissant quelques appréhensions par rapport au conseil d'administration des hôpitaux.

La composition de cette même entité pose également un autre problème aggravé par la persistance des conflits qui minent la vie de groupe en leur sein. Certains médecins qui sont plus diplômés que d'autres ne les consultent pas même s'ils ont plus de responsabilité dans le système. Ce qui explique également que les problèmes interpersonnels ne manquent pas entre médecins plus anciens et nouveaux qui débarquent. Aujourd'hui, ils sont nombreux à penser que la CME et son mode de fonctionnement méritent une étude. Pour des questions relatives à l'entrée des infirmiers dans le conseil d'administration et aux autres instances de décision, sinon il faudrait arriver à les associer aux réunions du bureau. Rien ne s'y oppose, disent les médecins qui ont jusqu'ici presque tous les rôles. Mais, ce n'est pas encore fait.

V- Gouvernance et transparence : le pari de la lutte contre la corruption

1-Les insuffisances d'un système en mal de managers (11)

Subterfuge, dissimulation, recours à des prétextes pour contourner les règles, privilèges liés à l'appartenance à des groupes de pressions qui couvrent l'extorsion des ressources, voilà quelques-unes des facteurs de dysfonctionnement qui ont été soulevés et déplorés par les participants. Quand vous y ajoutez le *masla* (8) et l'existence de nombreux réseaux qui mettent en exergue un personnage central qui tire profit du circuit, en impliquant des fois le major, le gestionnaire, le responsable de l'approvisionnement ou le superviseur des gardiens, vous êtes sur les chemins de la mal gouvernance.

Chercheurs et acteurs du secteur n'ont pas mis de gant pour dénoncer l'absence d'éthique et de principes déontologiques chez certains médecins, mais surtout dans certaines sphères du personnel médical. L'arnaque, le racket, le **wiri wiri** (12) (ou raccourcis), le colobane (recel, vols etc), sont très présents. La passation des marchés, même assortie d'un contrôle, n'échappe pas non plus aux pratiques néfastes des gens mal intentionnés en quête d'argent. Face à autant de techniques de vols et de pratiques corruptives qui ne sont pas cependant présentes dans tous les segments du secteur, il est aujourd'hui urgent de réfléchir à de nouveaux systèmes de régulation des comportements, à des échelles de valeurs plus adaptées. Car à en croire les spécialistes du management public, *« Contre la corruption, et la non transparence, nos attitudes différentes... L'urgence est ainsi de mettre sur pied d'un observatoire de la bonne gouvernance composé d'un groupe de sages et usant de moyens de communication assez directs pour sanctionner ou féliciter quelqu'un dans l'un ou l'autre cas. »* C'est une solution parmi d'autres.

On pourrait aussi passer par des mesures d'encouragement comme *« l'homme du mois »*, également à travers la publication d'un journal de deux voire quatre pages pour magnifier ou sanctionner les mauvaises pratiques. Pour l'essentiel, ils sont nombreux à penser qu'il reste encore dans une bonne majorité des membres du corps médical, beaucoup de valeurs et d'attitudes positives. Mais, ce qui manque, c'est la référence. *« Les gens, selon ce syndicaliste, n'ont plus de référence pour pouvoir acquérir des valeurs. Car si on veut limiter la situation de l'hôpital au seul médecin et au technicien, on se trompe. Dans cet environnement, chacun a son rôle à jouer jusqu'au personnel d'appoint (le personnel de ménage, les gens de la cuisine et le malade aussi). Le mal est dans le manque de sanction. Il manque aussi des études pour savoir ce qui est à la base de la disparition de certaines valeurs. Comment elles ont évolué ? »*

2- L'absence d'éthique et de référence

Le problème d'éthique est aussi un des plus gros facteurs de la perte des valeurs dans le système de santé au Sénégal. On note l'existence de nombreuses sources de frustration dans la manière dont les gens sont parfois recrutés. Il est temps de creuser ce problème pour faire face au clientélisme et au bénévolat dans certains recrutements de personnels de soins, de techniciens et même de médecins. L'ouvrier de maintenance devra à partir de ce moment se limiter à son travail de maintenancier. Certains membres du personnel ont déploré le fait que le port de blouse est devenu une autre source de problème du fait que certains manoeuvres dans les hôpitaux en abusent pour violer le secret médical en se lançant même dans des diagnostics qui se sont révélés dangereux.

Le manque d'application des textes relatifs à la bonne marche des structures doublé du fait que chaque étude, chaque rapport ne servent plutôt à rien qu'à garnir des tiroirs, ne permet pas d'améliorer le système. Il y a eu d'autres rapports comme celui qui a été fait au cours de l'année 2000, sur la corruption et la bonne gouvernance de la santé au Sénégal qui n'ont pas connu de suite. Il faudra en tenir compte ; car, dans les conclusions, il avait été retenu que tout le système n'était pas corrompu.

Pour les médecins, il ne s'agit des fois que d'un mauvais procès. Car comment voulez-vous, se demande l'un d'entre eux, que « *dans un système où le médecin n'arrive pas à être écouté que les choses marchent comme sur des roulettes. Quand vous êtes dans un désert, se défend la personne, vous ne choisissez pas avec qui vous mangez. Rien ne doit étonner de l'attitude du gouvernement qui tarde toujours à réagir. Il s'agit à chaque fois, de réforme à caractère politique, même s'il y a des efforts qui ont été faits dans ce sens ces dernières années.* » Selon lui, « *l'autre facteur qui bloque l'épanouissement du système est que les nantis ne paient pas toujours dans les grands hôpitaux alors qu'on impose aux plus démunis de le faire.* » L'exemple de l'Hôpital Aristide Le Dantec a été cité.

Certains médecins dénoncent eux, le système pourri dans lequel ils sont plongés dès leur sortie de l'université. Aucun médecin débutant ne débarque dans un hôpital comme un corrompu ou comme un corrupteur. Et, selon cette dame Médecin d'entreprise, « *c'est bien le système tel qu'il est géré qui pousse à certaines dérives. Mais, si on arrive avec l'Etat à mettre sur pied des pôles d'excellence, à travers des cadres comme les Commissions médicales d'établissement (CME), on découragera une partie de ces gens qui s'adonnent à la corruption.* »

3- Corriger les cafouillages nés avec les transferts de compétences

Depuis quelques années, la méthode pour faire fonctionner tout le secteur de la santé associe une quinzaine de départements ministériels. Ce qui a le tort de multiplier presque inutilement les cadres de dialogue. La création des comités de santé et des mutuelles est venue complexifier encore un système déjà perturbé par la forte présence d'acteurs dont la préoccupation de certains est loin des questions de qualité de soins et de vie à l'hôpital.

Cette tendance a été rendue plus difficile avec tous les petits travers nés de la loi du 22 mars 1996 relative à la décentralisation et qui a permis de transférer 9 domaines de compétences dont une partie du système de santé aux régions, aux départements et conseils ruraux. Il semble qu'à ce propos, depuis lors, beaucoup de dysfonctionnements liés au manque de moyens ont été signalés par les médecins comme par le personnel de soins. Globalement, l'Etat reste le principal investisseur. Faute de fonds de dotation et d'équipements suffisants, hôpitaux et centres de santé sont habitués aux fréquentes pénuries et ruptures en médicaments, à la question de la maintenance du matériel. Ce n'est pas tout, car à cela s'ajoute encore la difficulté d'harmoniser les textes depuis que la loi a changé.

Appelés à prendre la place de l'Etat dans le financement de certains équipements, les conseils régionaux n'ont jamais eu les moyens de faire jouer au système le rôle qui devait être le sien. L'autre grand mal est là.

Conclusion

Finalement, on peut retenir que le cadre de l'hôpital n'a pas changé en dépit des quelques réformes timides initiées depuis une vingtaine d'années. Dans la forme comme dans le fond, ce changement dont on parle ne touche, selon les techniciens et les acteurs du système de santé, que quelques pans de l'hôpital. Quand il s'agit de la capacité d'accueil et du génie civil, il reste encore des efforts à faire, excepté le cas de l'Hôpital de Saint-Louis.

Même si beaucoup d'argent a été injecté ces dernières années dans le système, il reste que les problèmes essentiels demeurent. Pour beaucoup, la mise sur pied d'une direction des ressources humaines est aussi une très bonne chose. Mais, le fait qu'elle a fonctionné jusqu'ici comme une simple direction du personnel limite ses réelles prérogatives qui visaient à améliorer le statut des uns et des autres et à motiver davantage tous ces gens qui étaient découragés et qui ne pensaient plus rester dans un système qui ne leur offrait aucun avenir.

En restant confiné dans l'absence de guides pour orienter le malade, le cadre de l'hôpital n'offre guère la qualité des soins propices à une bonne guérison d'un patient. Si on ajoute à tous ces petits problèmes l'autre mal que risque d'être la corruption et la persistance d'un certain clientélisme, il est à craindre que tous les moyens mis par l'Etat dans le système de santé, risquent de n'être qu'un effort de plus. **Pour RIEN.**

En définitive, si la réforme hospitalière a été perçue comme une impérieuse nécessité par tous les membres du secteur, il reste que le déficit du personnel est encore un des principaux facteurs de blocage. Un autre obstacle de taille est là, liés à certaines dérives du pouvoir qui ont été aggravées par le fait que beaucoup de gens ne sont pas aujourd'hui à leur vraie place dans le système. Selon certaines sources, on continue à parachuter à tort, des gens pour des raisons politiques. De sérieux retards ont été également relevés dans l'application des décrets relatifs à la réforme hospitalière et dans la gestion des établissements de santé.

Ce n'est ni la faute des techniciens, ni celle des médecins, mais plutôt de l'Etat. Cette réforme est attendue depuis des années et jusqu'ici, tout le système se morfond encore dans les anciennes méthodes. La réforme bute enfin sur la question de la qualité de la supervision et du manque de compétences qui devraient aider à la mettre en œuvre. Il faut donc sortir des circuits, estime ce syndicaliste, avec un brin de dépit. Sortir des circuits parce que la réforme hospitalière dessine, a-t-on entendu de certaines voix averties, un cadre d'avenir et d'espoir qui devrait aider à améliorer le système de santé au Sénégal. Et au moment où les scandales se multiplient au sommet de l'Etat, cette léthargie notée dans le refus d'accélérer les réformes, légitime une certaine forme de corruption ; elle reste aujourd'hui et pour l'avenir, l'un des parchemins qui devraient permettre au système de santé de sortir de sa maladie avant qu'elle ne devienne chronique.

NOTES

- 1- Un premier forum sur la corruption dans le système de santé au Sénégal a été organisé par le Forum civil.
- 2- L'objectif visé dans l'élaboration de la carte sanitaire est de rapprocher l'hôpital du malade. L'essentiel des grands centres de santé sont encore confinés dans les quartiers d'affaires des villes.
- 3- Des commerçants débrouillards qui composent une bonne partie de l'informel.
- 4- Immense dépôt clandestin de médicaments situé au centre de Dakar que l'Etat a encore beaucoup de difficultés à contrôler et organiser. Et comme l'espace porte le nom wolof « *Keur Serigne bi* », en clair, « Chez le marabout », les autorités laissent faire.
- 5- Depuis six ans, trois grandes structures de santé ont été construites dans certaines villes comme Ziguinchor, Fatick et la grande banlieue à Pikine. Tous les trois sont l'objet de litiges entre l'Etat et les promoteurs. Celui de Pikine dont les travaux sont terminés est en attente d'ouverture depuis deux ans.
- 6- Le ministère de la Santé a été le département le plus touché par les multiples changements de gouvernements depuis 2000. Après avoir été exclu dans un premier gouvernement, l'actuel ministre de la Santé, Abdou Fall, a fait un rapide aller et retour entre deux remaniements. D'autres ministres ont été limogés pour des raisons purement politiciennes.
- 7- Une proposition a été faite par certains participants pour voir la carte électronique destinée à l'électeur pour la prochaine élection présidentielle, remplace simplement la carte sésame.
- 8- Ces avantages en nature constituent une véritable source de discorde car le contenu reste encore très flou. Ils sont l'objet d'une réelle crainte de dérapage financier.
- 9 - Document de référence destiné à informer le malade sur ses droits et devoirs dans une structure sanitaire, la charte du malade est encore inconnue du grand public.
- 10- Les commissions médicales d'établissement (CME) ont été mises sur pied pour donner plus de place à l'expertise médicale et aux médecins.
- 11- Des médecins managers en même temps chefs d'entreprise, voilà un des défis de la réforme hospitalière. Un pari loin d'être gagné.
- 12- Une formule bien sénégalaise qui consiste à accepter toute sorte de compromis même gênant au mépris de l'éthique et des règles de bonne conduite. Le mot est issu de la langue Wolof.