# Observatoires CICODEV CMU

## Mars 2014 -Thème d'observation : Cartographie des structures sanitaires et place de la femme dans la mise en œuvre de la CMU

### 1. Contexte

Dans le cadre de la campagne « **Pérennisons la CMU -Couverture Maladie Universelle**», conduite par CICODEV Afrique –l'Institut panafricain pour la Citoyenneté, les Consommateurs et le Développement- neuf (9) observatoires ont été mis en place dans neuf localités réparties sur le territoire national : 2 à Dakar (Dakar-banlieue et Dakar centre-ville), Fatick, Communauté rurale de Diokoul, Kébémer, Kolda, Tambacounda, Saint-Louis et Ziguinchor.

Ces localités regroupent une population de 1.305.290 habitants, soit un peu moins de 10% de la population nationale.

Les objectifs de la campagne CMU de CICODEV sont au nombre de quatre :

- La vulgarisation de la CMU et son appropriation par les populations ;
- L'adoption d'un cadre juridique pérennisant la CMU et les modalités de reddition des comptes ;
- L'augmentation graduelle des ressources affectées à la CMU ;
- L'affectation d'une partie substantielle des ressources de la CMU aux maladies féminines.

CICODEV bénéficie de l'étroite collaboration du Ministre de la Santé et de l'Action Sociale dans la mise en œuvre de ce programme, appuyé par OSIWA Afrique de l'ouest dans le cadre du Projet « Couverture Médicale Universelle (CMU): Plaidoyer et Mobilisation Sociale pour l'Accès à la santé des Consommateurs défavorisés »

### 2. Objectif et fonctionnement des observatoires

Neuf observateurs issus des 9 localités ont été formés sur les contours de la CMU et aux techniques de collecte d'information. Ils sont chargés de :

- Collecter les informations sur la mise en œuvre de la CMU au niveau de chaque acteur (prestataires de soins, population..) selon des critères de collecte définis par mois ;
- Analyser les résultats de ces observations mensuellement ;
- Remonter ces informations à CICODEV sous la forme d'un rapport mensuel pour traitement ;

Ces informations seront diffusées sous forme de rapports par toute voie indiquée (soumission aux autorités, conférences de presse, communiqué de presse, etc..).

### 3. Thème de la 1ère observation (Mars 2014) et justification

Au cours du mois de mars 2014, les observations ont donc porté sur la **cartographie des structures sanitaires et l'état des lieux de la mise en œuvre de la CMU.**

Citoyenneté Consommateurs et Développement en Afrique
Consumer Citizenship and Development in Africa
Tel : +221 33 865 05 01 Fax : + 221 33 865 05 02
Adresse postale : BP 29198 Dakar Yoff Sénégal
Email : cicodevafrica@cicodev.org - http://www.cicodev.org

BP : 008, Dakar – Fann
Adresse : Stèle Mermoz 100 x El Hadj Ibrahima Niasse MZ83
TEL : 33 869 10 33 Fax : +221 33 824 09 42
www.osiwa.org

L'effectivité et la pérennité de la CMU reposent prioritairement sur l'existence d'une pyramide sanitaire effective : des structures de santé, équipées en personnel et matériel, accessibles aux usagers. D'où le choix de ce premier thème d'observation.
Notre observation a aussi porté sur le degré d'implication et rôle des femmes dans l'accompagnement des enfants de moins de 5 ans, -cibles de la première phase dans la mise en œuvre de la CMU.

## 4. Méthodologie d'observation

### i) La recherche documentaire et sur internet a porté sur la situation sanitaire au Sénégal.

Celle-ci nous a permis de retrouver les différents textes et décrets officiels notamment la carte sanitaire.
La dernière carte sanitaire disponible est celle de 2008 courant jusqu'à 2013 par décret 2009-521 du 4 juin 2009. Cette carte a été mise à jour en 2010 (version finale datée de janvier 2011) par le Service National de l'Information sanitaire du Ministère de la santé et de la prévention sociale.
Cette mise à jour de 2010 avait pour objet de faire un rapport d'étape du rythme de satisfaction des besoins identifiés en 2008.
Il apparait que cette version de la carte sanitaire est donc la plus récente.
Nous l'avons donc utilisée pour servir de référence pour notre observation en vue d'évaluer l'état des infrastructures sanitaires dans nos zones d'observation.
La carte sanitaire répond aux objectifs suivants:

- Prévoir, encadrer et susciter les évolutions nécessaires de l'offre des soins au niveau de chaque région du pays ;
- Développer la concertation et la complémentarité entre les différents secteurs et acteurs de l'offre de soins ;
- Apporter une réponse adéquate aux besoins de la population ;
- Offrir un cadre de référence formel aux différents mécanismes de planification et de régulation de l'offre de soins ;
- Renforcer les outils de gouvernance et de planification, définissant le nombre d'hôpitaux, de centres de Santé et de postes de Santé qui doivent être construits au Sénégal ainsi que le personnel à recruter pour répondre aux normes de l'Organisation mondiale de la Santé (Oms) ;
- Viser la construction d'un système de santé intégré.

### ii) Les observations de terrain dans les neuf localités

L'observation de terrain consistait d'abord à répertorier les différentes structures sanitaires présentes dans chaque zone.
Les observateurs ont procédé par observation directe des structures sanitaires, leur état, le personnel sur place, les accompagnant(e)s. Ce travail vise à vérifier l'existence et à mesurer l'effectivité de la pyramide sanitaire : case de santé, poste de santé, centre de santé, et hôpital.

### iii) Collecte d'information auprès des agents de la santé

Ensuite à l'aide d'un questionnaire, les informations ont été recueillies par les observateurs auprès du personnel médical et paramédical.
Cette collecte d'information auprès du personnel médical n'a pu cependant être exhaustive au mois de mars 2014 car nous ne disposions pas encore d'une lettre d'introduction du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Cela a impacté sur le travail des observateurs particulièrement dans la région de Dakar-Centre.

## 5. Les résultats de l'observation.

**Tableau 1 : Carte sanitaire et son effectivité dans les neuf localités d'observation de CICODEV au mois de mars 2014.**

| Localités / Structures sanitaires | Dakar ville | | | District de Mbao | | | Fatick | | | Kébémer | | | Kolda | | | Diokoul | | | Saint Louis | | | Tamba | | | Ziguinchor | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Prévu pour 2009-2013 | Existant | Gap en 2014 | Prévu pour 2009- 2013 | Existant | Gap en 2014 | Prévu pour 2009- 2013 | Existant | Gap en 2014 | Prévu pour 2009- 2013 | Existant | Gap en 2014 | Prévu pour 2009- 2013 | Existant | Gap en 2014 | Prévu pour 2009-2013 | Existant | Gap en 2014 | Prévu pour 2009-2013 | Existant | Gap en 2014 | Prévu | Existant | Gap en 2014 | Prévu pour 2009-2013 | Existant | Gap en 2014 |
| **Hôpital** | | | | | 1 | | 1 | **1** | **0** | | **1** | | 1 | 1 | 0 | | | | 1 | **1** | **0** | | **1** | | | **1** | |
| **Centre de santé** | | | | 2 | 1 | **1** | 1 | 1 | **0** | 1 | 2 | | | 1 | | | | | | 1 | | | 1 | | | 1 | |
| **Poste de santé** | | | | 30 | 13 | **-17** | 28 | 3 | **-25** | 20 | 15 | **-5** | | 6 | | | 1 | | 37 | 9 | **-28** | 36 | 6 | **-30** | 12 | 16 | **+4** |

L'observation sur le terrain au mois de mars 2014 des prévisions et réalisations de la carte sanitaire 2008-2014selon le décret 2009-521 du 4 juin 2009 montre que :

- **Pour les hôpitaux :** 7 régions sur les 9 où l'observation a pu se faire disposent d'un hôpital au moins. Trois (3) hôpitaux qui étaient prévus dans la carte sanitaire de 2008 ont été effectivement réalisés. Il s'agit de Fatick, Kolda et St Louis.
- **Pour les centres de santé :** 7 des localités sur 9 où l'observation a pu se faire disposent chacune d'un centre de santéau moins. Le district de Mbao présente un déficit de réalisation d'un centre de santé qui était prévu dans la carte sanitaire 2008-2013 ; pendant que les besoins identifiés ont été dépassés d'une unité à Kébémer.
- **Pour les postes de santé** : L'ineffectivité de la carte sanitaire est frappante au vu des besoins identifiés en postes de santé et qui sont loin d'être comblés. Mis à part Ziguinchor où les besoins en postes de santé ont été couverts et même dépassés de plus de 4 unités, aucune des localités d'observation n'a encore satisfait aux besoins établis par le décret de 2009. Et les gaps sont larges.

A titre d'illustration, sur 28 postes de santé prévus avant 2013 à Fatick, seuls 3 ont été réalisés ; soit 10,7% de réalisation. Tamba n'a vu que 6 réalisations sur les 36 postes de santé prévus (16,6% de réalisation) tandis qu'à Saint Louis, dans le district de Mbao et à Kébémer seuls 9 sur 37, 13 sur 30 et 15 sur 20 sont effectifs (soit respectivement 24,3%, 43,3% et 75% de réalisation).

**Tableau 2 : Ressources humaines des structures sanitaires des neuf localités d'observation**

| Personnel / Localités | Normes OMS | PNDS 2009-2018 | Dakar ville | Diokoul | Fatick | Kébémer | Kolda | District Mbao | Saint Louis | Tamba | Ziguinchor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Médecins généralistes** | **1 pour 1000 hbts** | **1 pour 1100 hbts** | - | - | 5 | 3 | - | - | - | 2 | |
| **Médecins spécialistes** | **1 pour 1000** | | - | | 3 | 2 | - | - | - | | |
| **Infirmiers** | **1 pour 300 hbts** | **1 pour 5000 hbts** | - | 1 | 15 | 24 | - | - | - | 12 | 18 |
| **Sages-Femmes** | **1 pour 300 FAR (Femmes en âge de reproduction)** | **1 pour 1500 à 2000 FAR** | - | 1 | 6 | 17 | - | - | - | 10 | 7 |
| **Population** | | | | **16 454** | **34016** | **19043** | **75799** | **520.000** | **279428** | **94351** | **337 295** |

**NB :** concernant les localités pour lesquelles le personnel médical ne figure dans le tableau ci-dessus, les observateurs n'ont pas pu avoir ces informations pour motif que les autorités sanitaires de ces structures exigeaient d'eux la présentation d'une lettre d'introduction émanant du Ministère de la santé et l'Action Sociale.

## Commentaires sur le tableau

Les normes en matière de ressources humaines sont fixées par l'OMS. Toutefois les Etats ont la possibilité d'adapter ces normes internationales à leur contexte national. Au Sénégal, ces normes sont fixées par le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS).

Dans les quelques localités où les observateurs ont pu recueillir les informations sur le personnel médical et paramédical, ces normes nationales sont loin d'être atteintes.

- **Médecins généralistes :** Si l'on se réfère aux normes du Programme National de Développement Sanitaire qui couvre la période 2009-2018 (PNDS), Fatick devrait compter environ 31 médecins généralistes alors qu'il n'en compte que 5, soit 16% de couverture des besoins. Kébémer devrait disposer de 17.5 médecins généralistes contre seulement 3 disponibles actuellement, soit 17.5% de besoins couverts.
- **S'agissant des infirmiers,** le PNDS fixe la norme à 1 infirmier pour 5000 habitants.

Notre observation révèle un constat d'insuffisance dans toutes les différentes localités où l'accès à cette information a été possible. Ainsi Diokoul aurait besoin de 3 infirmiers au lieu du seul infirmier qui y office ; soit un gap de près de 70% à combler. De même, le besoin en infirmiers à Tamba s'élèverait à environ 19 infirmiers pour ses 94 351 habitants. Notre observation révèle que seuls 12 infirmiers y sont disponibles, soit un déficit de 7 agents.
On note par ailleurs des surplus d'effectifs dans certaines localités traduisant une mauvaise distribution ou répartition des ressources : c'est le cas à Kébémer, qui n'aurait besoin que de 3 infirmiers, mais qui en compte 24. De même, Ziguinchor qui aurait besoin de 17.5 infirmiers selon sa population dispose de 18.

- **Pour les sages-femmes**, si l'on se réfère aux normes de l'OMS, il faut 1 sage-femme pour 300 femmes en âge de reproduction (FAR). Le Sénégal a fixé sa norme à 1 sage-femme pour 1500 à 2000 FAR.
  La non détermination de la population féminine en âge de reproduction dans nos neuf localités d'observation ne permet pas de vérifier le degré de respect de cette norme.
  Toujours est-il que les récentes prises de position et déclarations des autorités sanitaires soulignent le déficit du paysen sages-femmes.
  Le ministère de la santé compte y apporter une réponse en recrutant 1000 agents de santé dont 500 sages-femmes en 2014.
  Cet effort restera cependant encore en deçà de la norme sénégalaise où 1 sage-femme officie pour 2426 femmes en état de reproduction selon l'Association Nationale des Sages-femmes d'Etat du Sénégal –ANSFES- (http ://www.aps.sn/articles.php?id_article=128508 )

**6- Le rôle clé des femmes dans l'accompagnement des 0 à 5 ans.**
Les observations du mois de mars 2014 ont également servi de prétexte pour mesurer le degré d'implication des femmes dans la gestion de la santé des enfants de 0 à 5 ans.
Dans toutes les localités observées, il a été constaté que 4/5 des enfants de 0 à 5 ans admis en consultation étaient accompagnés par des femmes. Dans certaines localités notamment St Louis et Kébémer, les observations révèlent que les enfants étaient accompagnésexclusivement par des femmes.

## Carte sanitaire 2008-2013 et Pérennisation de la CMU : Principales observations

1. **Sur la carte sanitaire**. La carte sanitaire qui nous a servi de base couvre la période 2009-2013 et a été élaborée avant l'adoption de la CMU et la loi sur l'Acte III de la Décentralisation. **D'où la nécessité urgente de réactualiser la carte sanitaire pour les 5 cinq prochaines années.** Les orientations et enjeux de ces deux derniers développements (plus d'équité et d'égalité dans l'accès aux soins de santé ; une plus grande proximité des citoyens avec les centres de décision et implication dans les processus décisionnels ; transferts accrus de compétences et de ressources vers les communes) ont des implications majeures sur la carte sanitaire et ses chances de réalisation.

2. **Sur la pyramide sanitaire :** Si dans chacune des localités observées les besoins identifiés au sommet de la pyramide (hôpitaux) par la carte sanitaire 2008-2013 semblent avoir été comblés, notre observation révèle cependant une faiblesse préjudiciable à l'effectivité de la CMU : **le gros déficit en postes de santé.** Sur 6 localités où la carte sanitaire avait prévu des réalisations, seul Ziguinchor a vu ses besoins en postes de santé être comblés et même dépassés.
   Les taux de réalisation des postes de santé dans 4 autres localités sont en deçà de 50% et sont même très faibles avec seulement 10,7% à Fatick, 16,6% à Tamba, 24,3% à Saint Louis, 43,3% dans le district de Mbao.
   Il n'y a qu'à Kébémer que le taux de 50% est dépassé avec 75% de réalisation.

Notre observation révèle ainsi une pyramide sanitaire ressemblant à un géant aux pieds d'argile avec une base très fragile au vu des besoins en postes de santé non satisfaits.

La CMU ayant pour objectifs l'équité et l'égalité des citoyens devant l'accès à la santé, les efforts de réalisation des structures d'accueil et de prise en charge des malades doivent porter prioritairement vers ces structures qui sont les plus proches de la majorité des 80% de la population du Sénégal et que sont les postes de santé. Sinon le risque est gros que tous les patients se ruent vers le sommet de la pyramide (les hôpitaux), remettant en cause le principe de la référence contre référence et perpétuant le problème de l'engorgement des hôpitaux. Ceci pourrait nuire à l'efficience et à terme à la pérennité de la CMU.

3. **Sur les ressources humaines :** Bien que le Sénégal ait choisi des normes très larges comparativement aux normes recommandées par l'OMS, **les besoins identifiés par le PNDS 2009-2018 et la mise en place des effectifs sont loin d'être comblés à mi-parcours du plan**, dans nos zones d'observation où nous avons pu accéder à l'information. Les écarts y sont fort significatifs pour les catégories de personnel dans les zones observées : seulement 16 et 17,5% de couverture des besoins en médecin généraliste à Fatick et Kébémer ; seul 1 infirmier sur les 3 dont Diokoul aurait besoin.

   Concernant les sages-femmes les statistiques de l'ANSFES révèlent un écart de quelque 400 agents de déficit au niveau national comparativement à la norme que s'est fixée le PNDS (1 sage-femme pour 1500 à 2000 femmes en âge de reproduction).

   C'est le lieu de se féliciter des engagements pris par le Ministère de la Santé et de l'action sociale de :

   - Recruter 1000 agents de la santé dont 500 sages-femmes
   - Mais surtout d'accueillir favorablement l'initiative de la CEDEAO pour le financement adéquat de la santé en vue de répondre aux engagements des Chefs d'Etat d'allouer au moins 15% du budget national à la santé. Car en définitive tout revient à la question de l'allocation de ressources adéquates à la santé et à la CMU dans toutes ses composantes qui doivent permettre d'en assurer sa pérennité à savoir les infrastructures, les ressources humaines, les équipements et les services.

4. **Sur le rôle des femmes.** Notre observation a encore confirmé ce que beaucoup d'autres observations empiriques et études scientifiques ont déjà révélé ; à savoir **le rôle primordial que joue la femme dans la gestion de la santé au niveau du ménage.** Dans les localités observées, 80% (et 100% dans 2 des localités) des accompagnants des malades et surtout des enfants malades étaient des femmes.

   Cela traduit encore la pertinence d'une articulation plus soutenue de l'approche « Santé maternelle et infantile » dans la CMU tout en évitant la dichotomie « mère/enfant » qui pourrait résulter d'une approche CMU ciblant en priorité les enfants de 0 à 5 ans.

**FIN**