

ATELIER DE CONSENSUS SUR

LA MISE SUR PIED

D'UNE COALITION NATIONALE

POUR LA SANTE ET

L'ACTION SOCIALE

LE SAMEDI 10 SEPTEMBRE 2016

A L'ENDSS

INTRODUCTION

Même si des acquis significatifs ont été engrangés, on note, de manière générale, la persistance de nombreux défis pour mieux répondre aux besoins de santé des populations.

Notre pays dispose de beaucoup d'atouts historiques et sociologiques pour mettre en place un système sanitaire performant dans l'intérêt de nos populations.

Mais pour y arriver, il faudra que les populations, les divers groupes socio-professionnels, les organisations de la société civile et l'Etat s'approprient mieux les principes de l'approche communautaire et renforcent la collaboration multisectorielle.

C'est pour cela qu'il nous a paru nécessaire de mettre sur pied une grande Coalition pour la Santé et de l'Action sociale pour contribuer à une meilleure synergie de la pluralité d'acteurs intervenant sur les problématiques sanitaires.



CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Après son accession à la souveraineté nationale, notre pays, le Sénégal, a mis en avant l'approche-programme, héritée de la période coloniale, où prédominait la composante curative. Ce n'est qu'avec la fin de l'Etat-Providence qu'apparaîtra la philosophie des soins de santé primaires adoptée en 1978 à Alma-Ata, prônant l'approche préventive et l'implication des communautés, tout en veillant à l'équité, avec en toile de fond la volonté de procurer la Santé pour tous en l'an 2000.

Le système sanitaire sénégalais fut, dès lors, caractérisé par une logique de recouvrement des coûts centrée sur le médicament. C'est ainsi que sera plus tard mis en place en 1987 un système d'autofinancement du coût des médicaments essentiels génériques plus connu sous le vocable d'Initiative de Bamako, lequel fut ensuite étendu aux prestations (actes) et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les ressources ainsi obtenues furent gérées de concert avec des organes de participation communautaire que sont les comités de santé.

En 1998, l'Assemblée Mondiale de la Santé prit un engagement solennel pour l'amélioration de la santé des populations, surtout les plus démunies. Cela conduisit à la politique de Santé pour Tous au 21^{ème} siècle, qui réaffirma l'engagement en faveur des soins de santé primaires, avec une volonté d'amélioration de la transparence et de décentralisation de la gestion des systèmes de santé publique.

Malheureusement, plusieurs écueils ont émaillé les politiques mises en place (difficultés de gestion et de fonctionnement des comités de santé, politiques de ressources humaines parfois inadaptées, faiblesse des plateaux techniques, augmentation des tarifs atteignant parfois des niveaux incompatibles avec le pouvoir d'achat de la majorité

LES GRANDES REFORMES

Les problèmes rencontrés ont amené l'Etat du Sénégal à initier deux grandes réformes du système sanitaire : il s'agit de la loi sur la Décentralisation de 1996 et de la Réforme Hospitalière de 1998 ; le but de cette dernière réforme étant d'améliorer les performances des hôpitaux aussi bien sur le plan de la gestion que celui de la qualité des soins.

Ces réformes, bien que pertinentes dans le principe ont connu des difficultés dans leur mise en œuvre au point qu'une grande Concertation Nationale sur le système hospitalier s'est tenue en octobre 2006.

Aujourd'hui encore, la nécessité d'améliorer le fonctionnement des hôpitaux, notamment par l'amélioration de la qualité de l'accueil, le relèvement des plateaux techniques et une meilleure prise en charge des urgences, semblent être admises par la majorité des acteurs de la santé.

La mise en œuvre de la CMU qui intervient dans ce contexte devrait bénéficier de toutes les expériences et des leçons tirées des difficultés notées jusqu'ici afin de mieux répondre aux préoccupations des populations. De même, les progrès enregistrés dans certains domaines (vaccination, lutte contre la mortalité maternelle et infantile et contre certaines maladies transmissibles) devraient être maintenus sans occulter certaines limites de notre système sanitaire (lutte contre les maladies non transmissibles, prise en charge des urgences médicales, chirurgicales ou traumatologiques, système de référence et de contre-référence à améliorer, nécessité d'une meilleure intégration des déterminants sociaux dans la lutte contre les maladies...).



BUILDING COMMUNAL



HÔPITAL GENERAL DE GRAND-YOFF

**LOIS DE LA DECENTRALISATION ET
REFORME HOSPITALIERE
РЕФОРМЕ ГОСПИТАЛІЕРЕ
LOIS DE LA DECENTRALISATION ET**

LOIS DE LA DECENTRALISATION

En 1996, le président de la République initia une importante loi sur la Décentralisation conférant des pouvoirs accrus aux Collectivités Locales, grâce au transfert de neuf compétences, dont celle relative à la Santé et à l'Action sociale.

Cette réforme, bien que pertinente dans le principe a méconnu certaines réalités du système sanitaire, notamment :

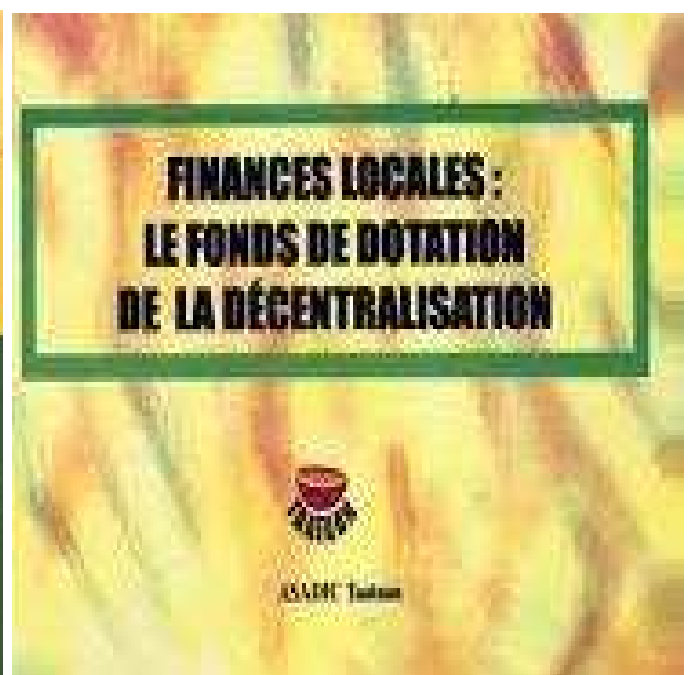
- ♦ la mise en place des districts sanitaires se traduisant par une plus grande autonomie et une plus grande flexibilité des services de santé de base,
- ♦ et le renforcement des capacités des comités de santé à partir de 1992 avec la mise en œuvre de l'initiative de Bamako.

C'est pourquoi, on a constaté la non-fonctionnalité des comités de gestion prévus par le décret n° 96-1135 du 27 décembre 1996, à cause des sérieuses difficultés de la quasi-totalité des collectivités locales, disposant de faibles capacités techniques et administratives, à gérer des structures sanitaires. Ces dernières répondaient à des médecins-chefs de district ayant une expérience avérée en planification (plans de développement des districts sanitaires) et en gestion budgétaire.

Toujours est-il qu'en fin de compte, on a assisté à la mise en place tardive des budgets ou leur détournement au profit d'autres secteurs ou à d'autres fins, ce qui a induit une augmentation des charges incombant aux comités de santé devenus, par la force des choses, la principale source de financement du fonctionnement des structures sanitaires.

Autant dire que le processus de décentralisation a induit des dysfonctionnements dans la marche des districts,

Les réformes sur la décentralisation de 1996 ont induit des changements importants dans le système de santé : la gestion des services de santé qui, depuis l'indépendance du pays, relevait des professionnels de la santé est transférée aux collectivités locales. Il faut dire que le ministère de la Santé était lui-même déjà engagé dans un processus de décentralisation interne au système de santé dans une logique d'une plus grande autonomie et d'une plus grande flexibilité des services de santé de base. Les initiateurs des lois de la décentralisation de 1996 n'ont pas suffisamment tenu compte de ces réalités du système sanitaire.



LA REFORME HOSPITALIERE

Il faut reconnaître, que jusqu'au milieu des années 90, le système hospitalier sénégalais était mal en point, du fait de l'insuffisance des dotations budgétaires étatiques contrastant avec la pesante tutelle de l'administration centrale. Par ailleurs, les recettes issues des prestations et gérées par les APH faisaient l'objet de mauvaise gestion. Ce manque de moyens conduisit à une détérioration drastique de la qualité des soins à cause de plateaux techniques obsolètes, de ruptures de stock de médicaments, consommables et réactifs, de conditions d'hôtellerie désastreuses...

En définitive, malgré cette réforme, la crise du système hospitalier ne connut aucune accalmie mais plutôt une aggravation manifeste.

Les hôpitaux sénégalais ont vécu de sérieuses difficultés, depuis la mise en place de cette Réforme hospitalière, avec la démultiplication des grèves, une hypertrophie des personnels administratifs et de soutien, un endettement sans précédent des hôpitaux dû principalement à de ruineuses politiques de gratuité (plan sésame), mais aussi à des dépassements budgétaires de triste mémoire.

Cette crise hospitalière a d'ailleurs donné lieu à une grande Concertation Nationale sur le système hospitalier, en octobre 2006, dont les autorités du Ministère en charge de la Santé se refusent encore à tirer les enseignements, en "réformant la Réforme Hospitalière".

Et pourtant, il demeure indéniable que, jusqu'à présent, les citoyens sénégalais, dans leur écrasante majorité, rencontrent d'énormes difficultés en ce qui concerne l'accès aux soins curatifs, surtout lorsqu'ils se trouvent en situation d'urgence, confrontés à des affections mettant leur vie en danger.

En effet, en plus du mauvais accueil, qui constitue un véritable casse-tête, même pour les autorités ministérielles, on observe presque quotidiennement le cas d'urgences médicales refoulées sans ménagement de structures de soins - très souvent pour défaut de paiement d'avances au comptant - puis trimbalées de structure en structure dans des taxis ou voitures particulières, avec parfois des issues fatales.



Pour ce qui est de la Réforme Hospitalière, c'est le 12 février 1998, que l'Assemblée Nationale du Sénégal adopta deux lois complémentaires, la première intitulée «loi portant réforme hospitalière», la seconde intitulée "loi relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé". Selon l'Etat sénégalais, le but de la Réforme Hospitalière était d'améliorer les performances des hôpitaux aussi bien sur le plan de la gestion que celui de la qualité des soins.

MISSIONS DE LA COALITION DE LA SANTE

La coalition se propose de participer à une évaluation de notre système sanitaire en se fondant sur la grille de l'OMS :

ITEMS	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
Leadership & Gouvernance	PNDS (2009-2018), censé déterminer une orientation claire pour le système sanitaire	Insuffisances dans la réglementation (médecines privée, traditionnelle, dépigmentation artificielle...) Manque de maîtrise des interventions des PTF
Système d'informations sanitaires	DHIS et EDS continue constituent des avancées Elaboration de la carte sanitaire	Mal-gouvernance sanitaire Insuffisance de supports de collecte standardisés Gaps importants dans la formation des personnels Fragmentation du SNIS en sous-entités programmatiques Difficultés du recueil des données du privé et du communautaire
Prestations de soins	Maillage du territoire national par des réseaux de soins de proximité (76 districts sanitaires)	Non-opérationnalisation de la carte Macrocéphalie de la région de Dakar concentrant l'essentiel des infrastructures et du personnel Non-respect de la pyramide sanitaire par les usagers Insuffisances dans la rationalisation des soins, le respect des normes de qualité et la redevabilité
Ressources humaines	Ressources humaines de qualité et bonne réputation de l'Ecole de Dakar	Déficit chronique de personnels plus accentué au niveau des régions de l'intérieur Déficit quantitatif du nombre de prestataires formés Floraison d'écoles privées professionnelles dont la plupart ne satisfont pas aux normes
Financement de la Santé	Efforts de financement des politiques de gratuité	Collecte des données financières embryonnaire Absence de critères pertinents d'allocation des ressources Insuffisance de l'analyse des obstacles financiers à l'accès aux services de santé
Produits et technologies médicaux essentiels	Centralisation de la distribution des médicaments essentiels par la PNA	Ruptures de stock fréquentes (quantification) Faible disponibilité de réactifs de laboratoire, consommables et intrants (manque de priorisation et difficultés budgétaires) Inondation du marché par des médicaments de spécialités et phénomène des médicaments de la rue



On pourrait ainsi, dans le contexte sénégalais, être amené à analyser les questions suivantes : Quelle évaluation faut-il faire du PNDS censé déterminer une orientation claire pour le système sanitaire ? Comment maintenir ou renforcer certains acquis face à des menaces sanitaires sous-régionales voire mondiales (choléra, maladie à virus Ebola) ? Comment faire pour corriger certaines insuffisances de notre législation sanitaire qui laisse la porte ouverte à plusieurs abus (exercice privé de la médecine, publicité en faveur des tradithérapeutes, de la dépigmentation artificielle, de la nutrition...) ? Comment faire pour passer de l'approche-programme caractérisée par sa verticalité à une approche plus intégrée, plus adaptée et efficiente ? Quelle réforme doit-on mettre en œuvre pour permettre à nos hôpitaux de mieux répondre à leurs missions ? Comment améliorer notre système d'informations sanitaires ? Comment mieux prendre en compte les questions éthiques, et améliorer l'accueil et l'humanisation de nos structures sanitaires ? Comment élaborer une carte sanitaire cohérente répondant aux impératifs de la prévention mais aussi de la médecine curative, sans oublier le pré-hospitalier et les soins à domicile ? Quelles politiques incitatives devons-nous élaborer pour permettre aux zones les plus reculées d'avoir accès à des soins de qualité ? Quelle politique du médicament est la mieux adaptée pour notre pays ? Comment corriger les insuffisances de la maintenance qui semble être un maillon faible de notre système de soins ? Quelles visions stratégiques devons-nous développer pour des ressources humaines de qualité et en quantité suffisante ? Comment développer une culture de la formation continue et de l'évaluation de nos pratiques professionnelles ?

La liste n'est pas exhaustive mais elle peut donner une idée des problématiques auxquelles la Coalition devra se pencher en adoptant une méthodologie rigoureuse partant de données factuelles. Il nous paraît toutefois important de garder à l'esprit que les solutions pertinentes qui seraient préconisées doivent être mises en œuvre dans des délais raisonnables.

MISE EN PLACE D'UNE COALITION POUR LA SANTE

La Coalition est donc un cadre citoyen d'évaluation des politiques publiques de santé et d'action sociale qui se veut une force de propositions, de contre-propositions, d'accompagnement et de facilitation. Il est apolitique, laïc, ouvert et inclusif et cherche à permettre à l'Etat sénégalais et aux différents acteurs à avoir des outils pour mieux répondre aux besoins de santé des populations. Il ambitionne de sortir des sentiers battus en aidant à la mise en œuvre rapide de certaines résolutions qui tardent à se concrétiser.

L'article 8 de la Constitution sénégalaise garantit à tout citoyen le droit à la Santé. Nous nous attacherons, autant que faire se peut, à matérialiser ce principe. Nous ambitionnons ainsi de promouvoir une vision holistique avec une approche sociale de la santé, prenant en compte les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie.

C'est dire que la Coalition s'intéressera de très près aux causes sociales de la santé et de la maladie et initiera ou soutiendra toutes les interventions portant sur les déterminants que sont le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisation, l'emploi et les conditions de travail, le développement de la petite enfance, l'addiction, l'alimentation, le transport, le stress, l'exclusion sociale ...

Notre Coalition défendra le principe de revenu minimum pour les couches les plus défavorisées. Elle plaidera pour l'accroissement des capacités d'intervention des communautés et de leurs élus à tous les niveaux. Elle travaillera à l'amélioration de la qualité des soins, surtout pour les plus démunis. Elle prônera le renforcement des mécanismes de protection sociale des couches vulnérables avec un soutien aux mutuelles ainsi que l'amélioration du ciblage et des modalités de remboursement des initiatives de gratuité. Elle militera pour le principe de la prédominance du secteur public avec un rôle d'appoint dévolu à la médecine privée. Notre Coalition jouera le rôle d'observatoire du système socio-sanitaire. Elle aura une fonction d'alerte et de veille sur la gouvernance sanitaire. Elle s'investira pour la promotion de normes de transparence, d'équité et de liberté au sein des structures sanitaires.

Elle préconisera un accueil reposant sur une communication et une éthique liées aux soins. Elle veillera à la disponibilité et à l'accessibilité des soins pour toutes les couches sociales à tous les niveaux. Elle demandera aux autorités sanitaires d'accorder une priorité absolue aux soins d'urgence et aidera à la mise en œuvre de cette priorité. Elle travaillera pour le développement des services de dépistage et la continuité de la prise en charge des patients souffrant d'affections chroniques, à soins coûteux. Elle s'impliquera dans le processus de mise aux normes des structures sanitaires sur le plan des plateaux techniques et par la définition d'une carte sanitaire cohérente. Elle œuvrera pour le renforcement de la place des génériques dans la politique du médicament.

OBSERVATOIRE CITOYEN DES POLITIQUES
PUBLIQUES DE SANTE ET D'ACTION SOCIAL

COALITION NATIONALE

DE LA SANTE ET

DE L'ACTION SOCIALE

CONCLUSION

La Coalition que nous entendons mettre en place compte s'investir pour la protection des couches vulnérables dans notre système de soins.

Dans ce cadre, elle œuvrera avec toutes les forces intéressées en gardant une vision holistique intégrant les déterminants sociaux de la Santé. Elle œuvrera pour une véritable couverture sanitaire universelle, en appuyant les pouvoirs publics pour apporter les correctifs nécessaires.

Enfin, elle travaillera de concert avec la société civile (associations de consommateurs, syndicats), les travailleurs sociaux, les diplômés de sciences sociales et toutes les personnes-ressources pour favoriser l'émergence d'espaces de dialogue et de concertation sur le système sanitaire national.

