

UNIVERSITÉ MONTPELLIER I
FACULTÉ DE DROIT

Année 2012

THÈSE

En cotutelle avec l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ MONTPELLIER I

Discipline : Droit privé et Sciences criminelles

Présentée et soutenue publiquement par :

Sanoussy Cissé

Le 23 mars 2012

Titre :

L'offre de soins de santé au Sénégal

Directeurs de thèse :

M. François VIALLA/ M. Samba THIAM

Jury :

M. Michel Bélanger : Professeur des Universités, Université bordeaux IV

Mme. Marie-France Callu : Maître de conférences, Université Lyon III (Rapporteur)

M. Jean-Marie Crouzatier : Professeur des Universités, Université Toulouse I (Rapporteur)

M. Daniel Proulx : Professeur des Universités, Université de Sherbrooke

M. Samba Thiam, Professeur des Universités, Université Cheikh Anta Diop (Directeur)

M. François Vialla : Professeur des Universités, Universités Pau et Montpellier I (Directeur)



UNIVERSITÉ MONTPELLIER I
FACULTÉ DE DROIT

Année 2012

THÈSE

En cotutelle avec l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ MONTPELLIER I

Discipline : Droit privé et Sciences criminelles

Présentée et soutenue publiquement par :

Sanoussy Cissé

Le 23 mars 2012

Titre :

L'offre de soins de santé au Sénégal

Directeurs de thèse :

M. François VIALLA/ M. Samba THIAM

Jury :

M. Michel Bélanger : Professeur des Universités, Université bordeaux IV

Mme. Marie-France Callu : Maître de conférences, Université Lyon III (Rapporteur)

M. Jean-Marie Crouzatier : Professeur des Universités, Université Toulouse I (Rapporteur)

M. Daniel Proulx : Professeur des Universités, Université de Sherbrooke

M. Samba Thiam, Professeur des Universités, Université Cheikh Anta Diop (Directeur)

M. François Vialla : Professeur des Universités, Universités Pau et Montpellier I (Directeur)



« La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur ».

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier M. François Vialla, Directeur du Centre Européen d'Etudes et de Recherche en Droit et Santé pour sa patience et son attention de tous les instants à mon égard, qui m'ont permis pendant ces quatre années d'aborder de manière sereine la rédaction de cette passionnante étude.

Je remercie M. Samba Thiam pour avoir guidé mes pas dans la recherche en acceptant de diriger mes travaux depuis le master jusqu'en Thèse.

Je remercie également les membres du jury d'avoir accepté de venir siéger afin d'évaluer et juger mes analyses.

Je remercie enfin ma famille, mes proches et mes amis pour le soutien affectif, moral et intellectuel qu'ils m'ont apporté tout au long de mes recherches.

A Marion

A Mady

A mes parents

A mes proches et amis qui m'ont soutenu

A mes Maîtres

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	2
INTRODUCTION	4
PARTIE I : L'OFFRE DE SOINS : UNE OBLIGATION FONDAMENTALE DE L'ETAT.	27
Titre I : Une obligation manifestée à travers les politiques de santé du Sénégal.	31
Chapitre 1 : Des lois et règlements nationaux et internationaux bien intégrés au Sénégal.	33
Chapitre 2 : Des mesures d'application des politiques d'offre de soins bien élaborées.	88
Titre II : La mise en œuvre effective par l'Etat de l'offre de soins.	118
Chapitre 1 : L'organisation générale de l'offre de soins.	120
Chapitre 2 : Le service public hospitalier.	179
CONCLUSION PARTIE I	230
PARTIE II: L'OFFRE DE SOINS : UNE OBLIGATION DIFFICILE A ASSUMER PAR L'ETAT.	233
Titre I : De sérieuses difficultés d'accès aux soins : une politique de santé inefficace.	235
Chapitre 1: Des inadéquations manifestes dans l'offre de soins.	237
Chapitre 2: Des dysfonctionnements notoires dans l'offre de soins.	395
Titre II : Des solutions pour une offre de soins performante.	346
Chapitre 1 : La prise en compte effective de la médecine traditionnelle.	349
Chapitre 2 : L'élargissement des efforts de santé vers d'autres secteurs indispensables pour l'atteinte des objectifs de santé.	380
CONCLUSION PARTIE II	421
CONCLUSION GENERALE	423
BIBLIOGRAPHIE	431
TABLE DES MATIERES	445

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ANSD : Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie.

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

ANSFES : Association Nationale des Sages-femmes d'Etat du Sénégal.

ARV : Antirétroviraux.

AOF : Afrique Occidentale Française.

CA : Cour d'Appel.

CAA : Cour Administrative d'Appel.

CA : Conseil d'Administration.

CE : Conseil d'Etat.

CEMETRA : Centre Expérimental de la Médecine Traditionnelle.

CESAG : Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CHR : Centre Hospitalier Régional

CIMA : Code Interafricain du Marché des Assurances.

CP : Code Pénal.

CPC : Code de Procédure Civile.

CSP : Code de la Santé Publique.

COA : Code des Obligations de l'Administration.

COCC : Code des Obligations Civiles et Commerciales.

CMA : Commission Médico-administrative.

CME : Commission Médicale d'Etablissement.

CNERS : Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé.

CNRS : Conseil National de Recherche en Santé

CTE : Comité Technique d'Etablissement.

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

EPS : Etablissement Public de Santé.

ENDSS : Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social.

FMI : Fonds Monétaire International.

GIE : Groupements d'Intérêts Economiques.

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

HOGGY : Hôpital Général de Grand-Yoff.

IB : Initiative de Bamako.

IPM : Institut de Prévoyance Maladie.

ISED : Institut de Santé et Développement.

IRD : Institut de Recherche et de Développement.

IPRES : Institut de Prévoyance et de Retraite au Sénégal.

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.

JORS : Journal Officiel de la République du Sénégal.

LNCM : Laboratoire National de Contrôle des Médicaments.

SAES : Syndicat Autonome de l'Enseignement Supérieur.

SUTSAS : Syndicat Unique des Travailleurs de la Santé et de l'Action Sociale

MSPM : Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

OEB : Office Européen des Brevets.

OUA : Organisation pour l'Unité Africaine.

OCDE : Organisation de la Coopération et du Développement Economique.

OIG : Organisation Intergouvernementale.

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementales.

ONU : Organisation des Nations Unies.

PDDS : Plans Départemental de Développement Sanitaire.

PDIS : Programme de Développement Intégré de la Santé.

PEV : Programme Elargi de Vaccination.

PIB : Produit Intérieur Brut.

PIDESC : Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels.

PME : Petite et Moyenne Entreprise.

PMI : Petite et Moyenne Industrie.

PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement.

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire.

PRDS : Plans Régional de Développement Sanitaire.

PROMETRA : Promotion des Médecines Traditionnelles.

SENELEC : Société Nationale d'Electricité.

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SONATEL : Société Nationale des Télécommunications.

SNIS : Service National d'Information Sanitaire.

SSP : Soins de Santé Primaires.

SUMA : Société d'Urgence Médicale et d'Assistance.

UCAD : Université Cheikh Anta Diop de Dakar

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TGI: Tribunal de Grande Instance.

INTRODUCTION

« Pour les sociétés comme pour les individus, la santé est bonne et désirable, la maladie, au contraire est une chose mauvaise et qui doit être évitée (...). Le devoir de l'Etat est celui du médecin : il prévient l'éclosion des maladies par une bonne hygiène et, quand elles sont déclarées, il cherche à les guérir »¹.

1. Sans vouloir écrire l'histoire de la seconde moitié du XX^e siècle, on peut poser que, parmi les acquis importants de cette période, l'affirmation des droits fondamentaux de la personne humaine constitue l'un des jalons les plus notoires à la fois par sa fréquence et par la solennité des instruments qui la supportent. Cette affirmation a été et se trouve encore au cœur de toutes les stratégies du développement des Etats, quel que soit leur stade de développement économique ou démocratique.

2. Rappelons que la période qui a précédé les années 50 a été marquée par une barbarie humaine liée aux deux guerres mondiales. Cette situation a créé un éveil de

¹ Emile Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, PUF, 1937, p. 49-50.

conscience partout à travers le monde. Ainsi, la prééminence du droit à la vie et la reconnaissance de son caractère sacré ont dominé toutes les réflexions qui sous-tendent l'affirmation des principaux droits fondamentaux de la personne². Cependant, le droit à la vie dans son acception strictement biologique ne suffit pas. C'est pourquoi il a été nécessaire d'y intégrer le concept de qualité conçu dans une perspective dynamique pour tenir compte de la légitimité de l'aspiration au bien-être ainsi qu'aux moyens qui permettent de le promouvoir et de l'atteindre. A ce titre le paragraphe premier de l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948³ énonce que « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille* ». L'objectif est ici de reconnaître aux titulaires des droits fondamentaux la suffisance des moyens requis pour que le droit à la vie, la liberté et la sûreté, par ailleurs explicitement reconnus à l'article 3 de la Déclaration, puissent être pleinement exercés et pour que ce soit le titulaire du droit qui ait la maîtrise de la destinée de sa personne et de celle de sa famille. Toutefois, la déclaration ne rend pas le titulaire des droits seul responsable de la qualité de sa vie puisqu'elle reconnaît explicitement à l'article 22 le droit à la sécurité sociale, constituant ainsi une créance à l'endroit de la société dont le titulaire est membre. Dans la mesure où la sécurité sociale, selon le sens qui lui est généralement donné, inclut une gamme étendue de mesures de protection sanitaire et qu'elle englobe les programmes de soins et de services de santé, ce n'est donc pas étriquer le sens de la Déclaration que d'y lire l'intention de la protection de la santé et d'en déduire la volonté de reconnaître un droit à la santé. Ce point de vue est conforté par le préambule de la Constitution l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de toute évidence rédigé à la même époque que la Déclaration des Droits de l'Homme⁴, en déclarant que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ». Ainsi, certains auteurs ont eu à lire dans ce texte une reconnaissance du droit aux soins de santé⁵. C'est dire que parmi les droits fondamentaux de la personne, il paraît évident que la santé constitue un objet de toute

² Patrick A. Molinari, « Le droit à la santé : de la solennité des énoncés aux enjeux de l'exercice », in Recueil international de législation sanitaire, Vol. 49, n° 1, 1998, p. 41-42.

³ Résolution 217A (III) du 10 décembre 1948 de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

⁴ La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 (*Actes off. Org. mond. Santé*, 2, 100) et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

⁵ Michel Bélanger, *Introduction à un droit mondial de la santé*, AUF, Éditions les archives contemporaines 2009, p.102.

première importance. Et, de toutes mesures visant à l'amélioration de la santé de la population qu'elles soient axées dans le domaine de l'éradication de certaines maladies ou la protection générale de la santé publique par les moyens préventifs et par des actions de sécurité sanitaire⁶, ce sont les programmes d'accès aux soins de santé surtout dans le contexte africain qui constituent l'élément essentiel. C'est pour cette raison que les Etats à défaut d'être en mesure d'assurer une meilleure santé à leur population, doivent au moins leur assurer une offre de soins de santé de qualité, géographiquement accessible et financièrement endossable⁷.

3. L'offre de soins de santé n'est pas une préoccupation nouvelle, mais elle est devenue, avec l'avènement des organisations internationales telles que l'Organisation des Nations Unies (ONU) et ses ramifications dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un objectif prioritaire de toute politique de santé publique et du bien-être social. Ainsi, si « l'offre de » est définie comme « le fait d'offrir des avantages », « le fait de proposer un contrat⁸, un service⁹ à quelqu'un ... »¹⁰, les soins eux peuvent être définis de façon générale comme « *une attention, une application de l'esprit à une chose à faire quelque chose* »¹¹ et sur le plan médical : donner des soins à un patient, « *c'est l'assister en tant que médecin* »¹².

⁶ Cf, Michel Bélanger, « Le droit à la santé, droit fondamental de la personne humaine », in Actes du Colloque International *Droit et Santé en Afrique*, Dakar 28 mars-1^{er} avril 2005, les Études Hospitalières 2006, p. 128. L'auteur écrit, « la sécurité sanitaire apparaît comme une traduction moderne de la protection de la santé publique. Plusieurs affaires (comme le sang contaminé, ou encore celle de la vache folle) ont amené à mettre en place une nouvelle construction juridique, axée sur la notion de « sécurité sanitaire ». Il est en effet impératif qu'il ait une réelle et complète « sécurité de la santé » (selon l'expression qu'emploie l'OMS), afin de lutter par exemple contre le développement des maladies nosocomiales ».

⁷ Le droit aux soins est un élément essentiel des droits fondamentaux de la personne que tout Etat a l'obligation d'assurer à sa population.

⁸ Du latin « *Contactus* », Le contrat est un accord de deux ou plusieurs volontés, qui a pour objet la création ou l'extinction d'une obligation (article 40 du Code Sénégalais des obligations civiles et commerciales).

⁹ « *Servitium* » en latin, le service est défini, entre autres, comme « ce que l'on fait pour quelqu'un et que l'on compare à ce que fait un serviteur » (Littré). Il s'agit dans le contexte de l'offre de soins pour l'Etat, qui est le principal acteur, de s'acquitter de certaines obligations ou de certaines tâches envers sa population.

¹⁰ Dictionnaire Littré, p. 926.

¹¹ Dictionnaire Littré, p. 1307.

¹² Ibid, p. 1307.

4. En France, la loi 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires¹³ définit très largement les soins. Cette loi visait dès son premier article¹⁴ les soins curatifs : *« les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent Code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes... »*. Elle vise également à travers la lecture de son article 36 les soins préventifs et palliatifs. Par exemple en faisant état de l'accès aux soins de premiers recours¹⁵, la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) rappelle que *« ces soins comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique pour la santé... »*¹⁶.

5. En effet, peuvent être qualifiés de soins, « tous les actes médicaux, même non thérapeutiques comme l'assistance médicale à la procréation, la chirurgie esthétique non réparatrice, l'interruption volontaire de grossesse et plus généralement « les soins de support » ou de confort »¹⁷. La santé quant à elle, est définie par le dictionnaire Littré comme « l'état de celui qui est sain, qui se porte bien » et par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹⁸. On peut donc définir « l'offre de soins de santé » comme « l'ensemble des ressources et des activités mobilisées pour assurer les prestations de soins et de services en vue de répondre aux besoins de la population ». En effet, l'offre de soins n'est rien d'autre que la traduction d'un ensemble de compromis entre des expressions de besoins (exprimés ou ressentis) et des contraintes de ressources. Nous verrons donc dans quel cadre cette offre s'effectue au Sénégal.

¹³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1.

¹⁴ Article L. 6111-1 du Code de santé publique.

¹⁵ Disposition correspondant à l'article L. 1411-11 Code de santé publique.

¹⁶ Disposition correspondant à l'article L. 1434-7 Code de santé publique.

¹⁷ Xavier Bioy, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental », Actes du Colloque n° 8 des 19 et 20 novembre 2009, l'accès aux soins : principes et réalités, sous la direction de Isabelle Poirot-Mazères, Presse de l'Université Toulouse 1 Capitole, janvier 2011, p. 39.

¹⁸ Préambule de la Constitution de l'OMS, premier considérant.

6. Le Sénégal¹⁹ : république depuis 1960, est situé en Afrique Occidentale. Sa superficie est de 196722 km². Il est limité au nord par la Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la République de Guinée et la Guinée Bissau. A l'ouest, le Sénégal est ouvert sur l'océan Atlantique avec 700 km de côte. Sa pointe Ouest est la plus occidentale de toute l'Afrique continentale. La Gambie, qui est une enclave de terre sur le cours inférieur du fleuve du même nom, est située entre les régions de Kaolack et Kaffrine au nord et de Ziguinchor, Sédhiou et de Kolda au sud. A l'instar des autres pays du Sahel, le Sénégal est confronté à la désertification depuis plusieurs décennies.

En 2008, la population du Sénégal est estimée à 11,6 millions d'habitants, soit une densité moyenne de 58 habitants au km², répartis entre 14 régions. Cette répartition est extrêmement inégale, avec une opposition entre le sous-peuplement de l'est et une forte concentration sur la côte ainsi qu'au centre. Liés à des facteurs naturels et historiques, ces contrastes ont été accentués ces dernières décennies par l'exode rural²⁰. Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire (41,5% en 2005). Le développement des centres urbains absorbe une grande partie de la croissance de la population sénégalaise qui a plus que doublé en trente ans, de 5 millions en 1975 à 8,5 millions en 1995 et près de 12 millions en 2008. Cette expansion démographique est principalement due à l'accroissement naturel de la population (2,3% en 2006) qui résulte à la fois du recul de la mortalité (9,4 pour 1 000 en 2006) et d'une forte natalité (32,8 pour 1 000 en 2006). Outre son inégale répartition, le dépeuplement des campagnes au profit des villes et sa croissance rapide, la population sénégalaise se caractérise par sa jeunesse : en 2005, les moins de 20 ans représentent 54% alors que les plus de 65 ans ne représentent que 4%. A l'heure actuelle, le nombre de femmes en âge de reproduction (15-49 ans) est estimé à 3 124 600 et celui des enfants de moins de 5 ans à 1 755 800. La région de Dakar abrite 22,4% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale.

Sur le plan économique, il faut rappeler que le Sénégal est un pays pauvre. Son économie ne cesse de se dégrader à cause des nombreuses contraintes auxquelles il fait face, aggravées depuis 2006 par un grand déficit pluviométrique à l'origine des contre-performances du sous-

¹⁹ Les données relatives à cette présentation sont tirées du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018, document produit par le ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal, janvier 2009, p. 7 et s.

²⁰ Ce phénomène touche particulièrement les jeunes.

secteur agricole pendant deux années successives, par un environnement des affaires peu attractif à cause des nombreuses coupures d'électricité, par la hausse des prix du pétrole et des produits alimentaires et par les effets de la crise financière internationale survenue en 2008. Ainsi, le taux de croissance réel de l'économie est retombé à moins de 4% en moyenne depuis 2006. L'inflation a également pris de l'ampleur (5% en moyenne). Quant à la situation des finances publiques, elle s'est caractérisée par un creusement du déficit public qui tourne autour de 5% du PIB. Ce qui pourrait mettre en péril les équilibres macro-économiques. Dans ce contexte, le gouvernement a été en effet conduit à recourir à de nouvelles subventions pour faire face à une forte demande sociale, notamment pour atténuer l'impact de la hausse des prix internationaux du pétrole et des aliments sur les prix domestiques. La crise financière internationale pourrait encore affecter négativement les prévisions optimistes de croissance économique et exercer une pression supplémentaire sur la situation budgétaire du Sénégal sur les moyens et longs termes.

La situation sanitaire et sociale est quant à elle marquée par :

- la mortalité infanto-juvénile élevée du fait de la malnutrition, des maladies diarrhéiques, du paludisme... ;
- la mortalité maternelle élevée du fait surtout de la très faible couverture en consultation prénatale, de la mauvaise qualité de la prise en charge des grossesses, de l'intervalle intergénéral très court, des grossesses aux âges extrêmes, de la multiparité, de la forte proportion des accouchements non assistés et du fait du faible niveau de fonctionnement du premier niveau de référence ;
- l'indice synthétique de fécondité relativement élevé malgré les efforts enregistrés ces dernières années dans plusieurs domaines dont l'alphabétisation fonctionnelle des femmes et la scolarisation des filles ainsi que les actions de sensibilisation en matière de planning familial ;
- la santé des adolescents très précaire à cause d'une sexualité précoce, de l'avancée des MST/SIDA, de la toxicomanie et des grossesses précoces ;
- la persistance des endémies locales y compris les MST/SIDA et leur impact négatif sur l'économie nationale ;
- l'accentuation de la pauvreté surtout au sein des groupes sociaux vulnérables...

7. L'offre de soins de santé au Sénégal est assurée en grande partie par l'Etat et garantie par la Constitution²¹. Il faut rappeler que la Constitution de 2001 pose pour la première fois de façon claire les obligations de l'Etat en matière de santé en général et d'offre de soins en particulier. Elle dispose à cet effet : *« l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier, l'accès aux services de santé et au bien-être... »* (article 17). Ainsi, l'Etat dans le cadre de l'exécution de cette mission, définit la politique nationale de santé²² et confie sa mise en œuvre au Ministre chargé de la santé et de la prévention sociale²³. Il faut noter que le pouvoir public conscient du rôle qu'il doit jouer dans le processus de développement sanitaire du pays et conscient qu'il est le seul à disposer des moyens permettant une bonne couverture sanitaire de la population, n'a cessé depuis l'accession à l'indépendance du pays de mettre en œuvre des dispositifs importants en matière sanitaire et sociale. Ainsi, d'importants programmes et réformes tant sur le plan institutionnel que sur le plan financier ont été initiés.

8. Il s'agit tout d'abord de l'adoption de la stratégie de soins de santé primaires dont les bases ont été posées lors de la conférence d'Alma Ata en 1978. Cette stratégie constitue la référence de la politique de santé et d'action sociale du Sénégal. Par ailleurs, il faut noter que bien avant la conférence mondiale d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, le Sénégal avait déjà institué les soins de santé de base au niveau rural. Cette stratégie renforcée par la réforme administrative, territoriale et locale de 1972 s'appuie sur la décentralisation et la participation pour une organisation dynamique de la communauté. Tout de même, l'adoption de la stratégie d'Alma Ata a davantage incité les autorités publiques à accorder beaucoup plus de pouvoirs, en matière de santé, aux collectivités locales sous tendue par les réformes administratives et territoriales de 1996²⁴. Elle a également renforcé les

²¹ La Constitution du Sénégal est adoptée par référendum le 7 janvier 2001 avec l'avènement de l'alternance politique de 2000 hissant le Parti Démocratique Sénégalais (PDS) au sommet de l'Etat. Elle sera promulguée le 22 janvier 2001 (Loi n° 2001-03 du 22 janvier 2001), marquant ainsi la 3^{ème} Constitution du Sénégal indépendant après celle du 7 mars 1963 et celle du 26 décembre 1960.

²² Celle-ci peut être définie comme l'identification des objectifs en vue de l'amélioration de la couverture sanitaire de la population, mais aussi l'identification corrélatrice des moyens devant couvrir les besoins de santé.

²³ Selon l'article 35 de la Constitution, c'est le Président de la République qui définit la politique de la nation.

²⁴ Loi n° 96-06 du 22 mars 1996 portant Code des collectivités locales et la loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales.

actions de l'Etat en matière de soins de santé de base. Ainsi, les investissements pour les soins de santé primaires n'ont depuis lors cessé de croître. La stratégie d'Alma Ata a aussi permis aux pays en développement de prendre conscience que la formulation d'une politique nationale de santé ne doit pas être l'exclusivité du Ministère de la Santé Publique mais doit intégrer l'ensemble des partenaires qui œuvrent pour la promotion de la santé dans le pays. Cette perception de la politique de la santé semble se traduire dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) adopté en 1998 pour couvrir une période de dix ans (1998-2007).

9. Le Plan National de Développement Sanitaire est un cadre de planification à moyen et long termes résultant d'un long processus de réflexions engagé par l'Etat. Ces réflexions ont débuté dès les années 60 avec la mise en place des plans quadriennaux et quinquennaux de développement économique et social. Avec ces plans, le système de santé était découpé en circonscriptions médicales (CM) au niveau local avec comme répondant régional l'Inspection Régionale de Santé²⁵. A partir de 1988, le ministère de la santé, en relation avec ses partenaires, a entrepris les premières réformes du système de santé avec l'adoption de la déclaration de la Politique Nationale de Santé (PNS), approuvée en 1989 par le Président de la République Abdou Diouf. Ces réformes vont permettre la mise en place de la planification sectorielle décentralisée avec la création du district sanitaire comme zone de planification²⁶. Ainsi, le nouveau découpage du système de santé en district mettra l'accent sur le centre de santé de référence. Il faut rappeler que c'est autour de ce district que se construiront les premiers plans de développement sanitaire et social. Ainsi, les Plans Départementaux de Développement Sanitaire et Social (PDDS) et les Plans Régionaux de Développement Sanitaire et Social (PRDS) vont être élaborés pour couvrir la période 1991-1995 sur l'ensemble du territoire.

Avec l'élaboration des plans départementaux et régionaux de développement sanitaire et social, d'importantes mesures ont été prises notamment l'allocation budgétaire par district, la redéfinition du budget de la région médicale, la création de l'équipe cadre de district et de

²⁵ Arrêté ministériel n° 14249 MSP-CAB du 18 novembre 1980 portant organisation et attributions de l'inspection de la santé publique.

²⁶ Circulaire du Ministre chargé de la santé n° 1753 du 15 mars 1991 portant adoption du principe de décentralisation des soins de santé par la création de zones opérationnelles appelées districts.

région et au niveau central le renforcement des directions et plus particulièrement celui de la direction de la recherche, de la direction de la planification et de la formation. De nouveaux textes sur la participation de la population sont élaborés et des décrets de reconnaissance de comités de santé sont pris²⁷. La liste des médicaments essentiels à tous les niveaux du système de santé est adoptée avec des révisions tous les deux ans. Ainsi, la planification dans le cadre du PRDS et du PDDS a eu le mérite de permettre la mise en place d'un système national d'identification et de couverture des besoins, ainsi que le drainage d'importantes ressources vers le district sanitaire et la région médicale, ce qui a permis la rénovation et la construction de nombreuses structures sanitaires ayant contribué au relèvement de leur plateau technique à un niveau acceptable. Ces plans ont permis aussi de contribuer à la formation continue du personnel de santé et des membres des comités de santé. Par ailleurs, le PRDS et le PDDS, ont certes permis d'obtenir certains acquis mais n'ont pas, en grande partie, réellement guidé l'action sanitaire et sociale dans les districts et régions médicales. Les principales raisons étaient liées au caractère très ambitieux et aléatoire de leurs modalités de financement.

En effet, l'analyse des difficultés dans l'amélioration et la mise en œuvre des plans de développement sanitaires (PDDS et PRDS) a poussé l'Etat à mieux orienter le processus de planification mis en place dans le cadre du PNDS. D'abord les plans de 1991-1995 qui sont limités aux districts et aux régions ont ignoré le niveau central, ce qui va être corrigé par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont l'architecture est constituée par les plans de développement des services centraux ainsi que les plans départementaux et régionaux de développement sanitaire (PRDS et PDDS). Par conséquent, tirant les leçons des conséquences du caractère limité du PRDS et du PDDS, seront engagées à partir de 1995 les réflexions sur les grandes orientations avec la définition de ce que l'on a appelé les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire au Sénégal (NOPS), ce qui a permis la traduction du PNDS en Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) sous tendu par une Lettre de Politique Sectorielle (LPS). Ainsi, le programme de développement intégré du secteur de la santé et de l'action sociale d'investissement sectoriel (PDIS) quinquennal (1998-2002) élaboré par le ministère de la santé, couvre les cinq premières années du PNDS dont il constitue les priorités.

²⁷ Décret n° 92-118 MSPAS du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières des Comités de santé et le Décret n° 93-1211/MSAS du 25 octobre 1993 complétant le décret n° 92-118 MSPAS du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statuts types desdits comités.

Le PDIS fait la synthèse des priorités dégagées par les plans de développement sanitaire des régions, des districts (PRDS/PDDS) et le plan de développement des services centraux. Tous ces plans sont le fruit d'une collaboration étroite entre les différents services de santé et avec l'ensemble des partenaires au développement ainsi que la population. On passe ainsi, à partir de 1998 d'une approche de développement sanitaire par projet instaurée depuis 1960 à une nouvelle approche de planification plus globale appelée approche-programme. Il faut ainsi noter que le PNDS est un plan important qui s'articule principalement autour de deux principes: la participation et le partenariat. Pour rappel, ce plan a été réalisé dans le cadre de la consolidation de la décentralisation territoriale intervenue en 1996²⁸. En outre, le PNDS visait plusieurs objectifs dont l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité de vie des groupes défavorisés, la surveillance épidémiologique, la réduction de la mortalité infantile et juvénile, la maîtrise de la fécondité et la lutte contre les maladies endémiques. Il a également favorisé un vaste champ de réformes, dont la réforme du médicament et de la pharmacie ainsi que la réforme hospitalière de 1998²⁹. Egalement, une deuxième phase du plan national de développement sanitaire sera initiée pour couvrir la période 2009-2018 (PNDS 2). Ce plan, contrairement au premier, aura pour objectif essentiel de poursuivre les objectifs définis par le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Rappelons, que l'ensemble de ces actions menées par les pouvoirs publics ont permis d'aboutir à une organisation assez satisfaisante du système de santé.

10. Le système de santé au Sénégal, à l'instar des autres secteurs, était caractérisé par un centralisme étatique hérité de l'administration coloniale. La fourniture des services de santé et la formation du personnel étaient gérées par l'Etat avec un souci de gratuité des soins de santé. Cependant, à partir de 1972, suite aux diverses crises politiques et sociales qu'a connu le pays, un début de décentralisation a vu le jour avec une composante « dévolution » portant création des communautés rurales³⁰ et une composante « déconcentration

²⁸ Cette décentralisation a accordé d'importants pouvoirs aux collectivités locales en matière de santé.

²⁹ Loi n° 98-08 du 2 mars 1998 (JORS du 14 mars 1998 n° 5904) et la loi n° 98-12 du 2 mars 1998 (JORS du 4 avril 1998 n° 217).

³⁰ Ces communautés rurales définissent, avec les communes, un cadre de démocratie locale où la population pourra s'exprimer librement et participer à la gestion des affaires et aux efforts de développement.



administrative », dont l'aboutissement sera la grande décentralisation administrative et territoriale de 1996. Cette réforme a été très bénéfique à l'offre de soins de santé de base. Elle a permis de redéfinir le rôle de l'Etat en matière de santé en augmentant la responsabilité des collectivités locales en matière de gestion des hôpitaux de niveau 2 et des districts sanitaires. Suite à cette réforme, les formations sanitaires de base (postes de santé) sont davantage sous la responsabilité des comités de santé. Les collectivités deviennent responsables des résultats de la gestion des structures de santé ainsi que la construction des infrastructures sanitaires.

Le système de santé est depuis 1996 organisé autour du modèle du district de santé avec trois échelons principaux : périphérique, intermédiaire et national. Le niveau périphérique correspond aux districts sanitaires. Ces derniers constituent le maillon opérationnel de la pyramide sanitaire et sont chargés de la mise en œuvre des programmes de santé à assises communautaires. Le niveau intermédiaire correspond à la région médicale. Elle est la structure de coordination au niveau régional et correspond à la région administrative. Enfin, le niveau central représente les structures centrales de prise de décision et des services techniques de référence nationale. Il comprend le cabinet du Ministre, les directions et les services rattachés. Ses prérogatives sont : la formulation des politiques de santé, le contrôle et la réglementation des structures de niveau inférieur, l'appui technique et stratégique aux régions et la coordination de l'action des partenaires internationaux.

Le système de santé s'appuie sur quatre principaux types d'infrastructures sanitaires : les postes de santé, les centres de santé, les hôpitaux régionaux et nationaux³¹. Les postes de santé se trouvant à la base supervisent les activités d'un certain nombre de structures communautaires (cases de santé et maternités rurales). Les centres de santé se trouvant au deuxième niveau constituent les références des postes de santé au plan préventif, curatif et administratif. L'ensemble de ces formations sanitaires constituent le district, structure opérationnelle au niveau périphérique. Les hôpitaux régionaux qui correspondent au troisième niveau, s'intègrent à cet effet à la région médicale. Ils dispensent des soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois des spécialités chirurgicales ou médicales. Les hôpitaux nationaux constituent le dernier maillon de la chaîne, le sommet de la pyramide sanitaire et le dernier recours. Il s'agit des structures qui desservent l'ensemble

³¹ Il s'agit des Centres Hospitaliers Universitaires pour la plupart.

de la population eu égard à leurs plateaux techniques très spécialisés et à la diversité de leurs gammes de services.

En outre, le système sénégalais de santé qui fera l'objet d'amples études dans les développements ultérieurs, reste largement dominé par l'offre publique de soins de santé. C'est dire qu'on ne saurait parler d'offre de soins dans le contexte sénégalais sans mettre l'accent sur les structures publiques de soins en général et les hôpitaux en particulier.

11. Principal levier en matière de prestations sanitaires, les hôpitaux publics étaient pour la plupart directement rattachés au ministère chargé de la santé et gérés en régie. Ils étaient considérés comme de simples services d'une administration centrale chargée d'appliquer les directives et d'utiliser les crédits qui leur sont affectés, ce qui a entraîné le manque de souplesse dans leur gestion. Pour améliorer leur performance, le gouvernement du Sénégal a initié la réforme hospitalière de 1998. Cette réforme a apporté une innovation majeure dans le secteur hospitalier en créant à cet effet une catégorie d'hôpital dite établissement public de santé qui est une personne morale de droit public spécialisée, dotée d'un patrimoine propre dont l'objet consiste, pour le secteur sanitaire et social, à prendre en charge des patients, à produire des biens et services, à former le personnel et à effectuer de la recherche. Désormais les hôpitaux publics, y compris les services militaires de santé, sont devenus des établissements publics de santé investis d'une mission de service public hospitalier (article 2 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière). Cette réforme, il faut le rappeler, a accordé une attention particulière à la performance de l'offre de soins. Ce qui est justifié par le fait qu'elle s'est articulée essentiellement autour des objectifs de renforcement de l'accessibilité aux soins de la population mais aussi autour des objectifs d'amélioration de la qualité des soins (article 8 de la loi 98-08). Cependant, il faut reconnaître que le système sénégalais de santé, dans sa volonté de donner accès aux soins à la population, rencontre d'énormes difficultés, ce qui ne milite pas en faveur de la couverture sanitaire.

12. L'offre publique de soins a beaucoup de mal à assurer à la population une couverture sanitaire satisfaisante, et ce à cause des dysfonctionnements notés à tous les niveaux.

Sur le plan institutionnel, le système de santé organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux (central, intermédiaire et périphérique) souffre d'une mauvaise organisation. D'abord, au niveau central on note toujours des dysfonctionnements dans le cadre de la gestion du ministère, et ce, malgré sa réorganisation en 2004³². Ceux-ci sont dus à la multiplicité des services qui y sont rattachés. En effet, la plupart des missions de ces services ne sont pas clairement précisées, ce qui entraîne des conflits de compétence. Egalement, l'instabilité institutionnelle que connaît le ministère de la santé perturbe la mise en œuvre de plusieurs décisions et réformes dans le secteur³³. Au niveau régional, on note une grande léthargie des collectivités locales qui ont du mal à assumer le rôle qui leur est dévolu en matière sanitaire. Très peu d'entre elles arrive à assurer la gestion, l'entretien et l'équipement de leurs structures de soins. Leur objectif de faire participer la population à la planification et à la gestion des services de santé a été un échec parce que non seulement ne maîtrisant souvent pas la politique sectorielle de santé, mais aussi, la déconcentration qui les aurait accompagnées ne s'est pas mise en place de façon satisfaisante. En plus de ces aspects, on peut également relever les insuffisances du Service National d'Information Sanitaire (SNIS). Ce dernier ne prend pas en compte comme il se doit le système d'information médicale des hôpitaux³⁴ et n'est pas suffisamment ouvert aux autres secteurs ayant des actions de santé qu'il s'agisse du secteur privé, des autres ministères, des organisations internationales etc. Il s'y ajoute une insuffisance de coordination du fait de l'interférence des programmes qui ne tiennent pas compte de la périodicité des rapports fournis par les différents niveaux. Sur le plan de la recherche en santé, on constate une faiblesse du partenariat avec les universités, les instituts de recherche et le secteur privé. Ces imperfections dans l'organisation et dans le fonctionnement du système de santé ont eu beaucoup de répercussions négatives en matière de formation et de recrutement du personnel chargé de santé, impactant négativement l'offre et la qualité des soins.

Sur le plan de la qualité des soins, on constate une grande insatisfaction. Les établissements de santé se heurtent à beaucoup de difficultés remarquées d'ailleurs à tous les niveaux. L'organisation de ces structures, notamment pour les fonctions logistiques, n'apporte

³² Décret n° 2004-1404 du 4 novembre 2004 portant organisation du ministère de la santé et de la prévention médicale.

³³ De l'année 2000 à nos jours, le Sénégal a connu plus de 8 changements ministériels au niveau de la santé.

³⁴ Les données collectées sont souvent incomplètes et manquent de qualité et d'exhaustivité.

pas toujours une réponse adaptée aux attentes des patients et de leurs familles. Elles sont surtout réputées du point de vue des ressources matérielles, par leurs équipements obsolètes, non renouvelés pour la plupart, par leur manque de maintenance et d'équipements médicaux adéquats et du point de vue de l'accueil et de la prise en charge par leurs mauvaises conditions d'hospitalisation³⁵ mais également par le mauvais comportement du personnel soignant³⁶. A cela, s'ajoutent les multiples grèves constatées dans les hôpitaux, ce qui constitue un handicap majeur au principe de continuité surtout lorsqu'on y associe l'état du plateau technique des établissements publics hospitaliers en manque de personnel médical et paramédical. Un personnel qui, lorsqu'il est suffisamment expérimenté préfère désertier les services publics à la faveur des cliniques privées, des ONG ou s'expatrier tout bonnement en occident au grand dam des patients surtout issus des couches les plus défavorisées qui ne peuvent pas s'offrir les services des cliniques privées réputées pour leur coût souvent trop élevé.

Sur le plan financier, il faut noter que les prestations sanitaires coûtent très cher au Sénégal. La population est très pauvre et manque du soutien de la part de l'Etat. L'assurance maladie est quasi inexistante³⁷. Même ceux qui en bénéficient³⁸ ont du mal à en profiter, à cause d'un système de prise en charge défectueuse dont les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), en général surendettées, constituent le principal canal. Ainsi, les dépenses de santé sont, la plupart, supportées individuellement par les patients ou leurs proches. En effet, les tarifs souvent élevés des soins, font que de nombreux patients évitent de se rendre à l'hôpital par crainte de ne pas pouvoir supporter le coût des prestations offertes.

Sur le plan de la répartition géographique des structures sanitaires, le pays compte très peu d'établissements de soins. Seules les régions de Dakar et de Thiès sont mieux servies. Dakar à elle seule dispose de huit des vingt établissements hospitaliers qui existent au Sénégal³⁹ et près de la moitié des praticiens spécialisés. Cette mauvaise répartition des établissements de santé est regrettable dès lors que la population la plus confrontée aux

³⁵ Il s'agit essentiellement du confinement et de la promiscuité favorisant ainsi la transmission de maladies contagieuses.

³⁶ Les usagers du service public de santé se plaignent constamment de cette situation.

³⁷ Environ seulement 15% à 20 % de la population en bénéficient.

³⁸ Les fonctionnaires et salariés du secteur formel, en général.

³⁹ D'ailleurs, seul Dakar dispose des établissements publics hospitaliers de niveau trois dont la plupart constitue des Centres Hospitaliers Universitaires.

problèmes de santé c'est-à-dire celle vivant en milieu rural a beaucoup de mal à avoir accès aux soins.

En effet, l'Etat à lui seul n'est pas en mesure de faire face à la demande de soins de la population. C'est peut-être pour cette raison que ce dernier en engageant les multiples réformes a non seulement pensé à renforcer les actions des acteurs publics intervenant dans le domaine sanitaire et social, mais a surtout pensé à consacrer une partie importante à la réglementation à l'implication du secteur privé de santé, de la population et des organismes internationaux dans ses politiques de santé.

13. L'offre de soins de santé est certes dominée par les prestations publiques mais reste en réalité très diversifiée au Sénégal. Elle est multiple et de nombreux acteurs y participent. En effet, elle est soit une offre de service public de santé, soit une offre de service privé de santé y compris l'offre de service de la médecine traditionnelle. Ainsi, l'Etat, en tant que personne morale de droit public assure avec ses collectivités locales le service public de santé⁴⁰, alors que les établissements privés de soins, les organisations non gouvernementales, les associations humanitaires, les associations de santé et les praticiens de la médecine traditionnelle en assurent le service privé sanitaire. Il faut noter que l'intervention de ces différents acteurs est importante car l'Etat à lui seul ne peut pas faire face à la demande croissante de soins de la population. C'est pour cette raison que ce dernier a, à travers la réforme hospitalière de 1998, consacré une partie importante à la réglementation et à l'implication des établissements privés de santé au service public hospitalier⁴¹, car nul n'ignore le rôle important que jouent ces derniers dans ce domaine. Ainsi, la réforme a confié à certains établissements privés de santé une mission de service public, tel fut le cas de l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès qui consacre près de la moitié de ses activités à l'exercice du service public.

Personnes morales de droit privé, les structures privées fournissent à la population des prestations liées à leurs besoins en santé. Elles reposent sur la liberté d'entreprendre qui

⁴⁰ Il est appuyé dans cette mission par les partenaires extérieurs et certaines organisations internationales.

⁴¹ Article 2 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière.

implique une liberté d'établissement et d'installation⁴². Traditionnellement on distingue le secteur privé lucratif du secteur privé non lucratif. Pour le premier, il s'agit de structures commerciales⁴³ et pour le second il est constitué par les associations⁴⁴ en santé, les organismes confessionnels comme l'église catholique et les organisations non gouvernementales⁴⁵. Les structures privées à but lucratif offrent une prise en charge beaucoup plus satisfaisante grâce aux plateaux techniques de qualité dont ils disposent et des compétences reconnues, au delà des bonnes conditions hôtelières. C'est en général le seul secteur qui assure des hospitalisations à domicile et les transports sanitaires de qualité grâce aux ambulances médicalisées dont il dispose. Le SUMA et le SOS Médecins constituent des références dans ce domaine.

En outre, le secteur privé lucratif de santé joue un rôle très important en matière d'amélioration de l'offre de soins, mais, il ne donne pas une possibilité d'accès à tous. Quant aux structures privées non lucratives, elles ont surtout l'avantage d'assurer l'accès gratuit aux soins. Elles s'illustrent dans l'accueil et la prise en charge des couches les plus défavorisées de la population. Au Sénégal, c'est l'église catholique qui constitue l'acteur majeur en matière d'offre de soins aux démunis. Cette offre s'opère sans discrimination d'appartenance religieuse, c'est-à-dire qu'elle concerne aussi bien les musulmans, les catholiques que les animistes. Toute la population y est accueillie, diagnostiquée et soignée. A côté de ces associations, les ONG jouent un rôle non négligeable. La plupart intervient, dans le domaine de l'éducation et la formation de la population à la santé ainsi que dans le financement pour la construction et l'équipement des établissements communautaires de santé. Parlant de financement de la santé, les partenaires extérieurs au développement jouent aussi un rôle important plus particulièrement en matière de dépenses d'investissement. Les plus actifs au Sénégal sont, entre autres, la Banque Mondiale, la Coopération Française, la Banque Islamique de Développement, la Coopération Allemande (GTZ) et la Coopération Italienne.

Au-delà des services publics et des établissements privés de soins de santé, le secteur parapublic intervient aussi largement dans l'offre de soins. Il s'agit du service de santé des

⁴² Il faut tout de même l'autorisation du Ministre chargé de la santé.

⁴³ Article 765 et suivants du Code des obligations civiles et commerciales du Sénégal.

⁴⁴ Article 811 du Code des obligations civiles et commerciales du Sénégal.

⁴⁵ Décret n° 96-103 modifiant le décret n°89-775 du 30 juin 1989 fixant les modalités d'intervention des ONG.

programmes communautaires en santé. A ces maux, s'ajoute le manque notoire de ressources des structures décentralisées et de personnel qualifié.

16. La médecine traditionnelle est aujourd'hui une donnée incontournable en matière d'offre de soins dans les pays en développement. En dépit des avancées scientifiques faites par la médecine moderne, 75 à 80% de la population ont toujours recours à la médecine traditionnelle pour leur santé⁵⁶. Cette médecine a évolué avec l'histoire de l'humanité et les connaissances traditionnelles constituent un capital populaire qui est intégré dans l'environnement socio-médical. Ce qui avait amené la défunte Organisation pour l'Unité Africaine (OUA) à exprimer un intérêt réel pour la médecine traditionnelle lors du premier symposium sur les plantes médicinales et la pharmacopée africaine tenu à Dakar en 1968. Egalement, l'OMS dès 1977 a lancé le programme « médecine traditionnelle » en adoptant une résolution invitant les Etats membres intéressés à accorder une attention appropriée à l'utilisation des systèmes de santé traditionnels. Elle a dans ce même ordre d'idée reconnu lors de la Déclaration d'Alma Ata en 1978, le rôle de la médecine traditionnelle et des guérisseurs traditionnels dans la réalisation de l'objectif de « Santé pour Tous ».

Il existe de vraies opportunités pour une contribution de la médecine traditionnelle à l'amélioration de la santé de la population. Il suffit de mettre l'accent sur la collaboration et la sensibilisation des guérisseurs traditionnels. La collaboration peut être réalisée à travers les institutions appropriées et les universités de référence, et également à travers les formations sanitaires publiques où les herboristes peuvent vendre leurs plantes médicinales, ce qui peut faciliter leur contact avec le système de santé moderne. Il faut noter que la différence entre les praticiens modernes et les praticiens traditionnels de la médecine réside dans leur manière de penser, mais surtout dans leurs perceptions de l'homme et de la santé. Les concepts qu'ils utilisent sont souvent différents. Cependant, en raison des difficultés et des problèmes d'accessibilité à la santé moderne, on observe une tendance à essayer d'intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé modernes.

De toute évidence comme l'affirme Didier Fassin « *la médecine traditionnelle est à la médecine moderne ce que la magie est à la religion: dans les deux cas, on ne peut étudier*

⁵⁶ Banque Mondiale, notes CA n° 65, février 2004 : <http://www.worldbank.org/afr/ik/french/friknt65.htm>, consulté le 12/12/2005 9:59:48, p. 1.

*l'une sans l'autre »*⁵⁷. C'est dire que ces deux médecines ne sont en réalité pas antinomiques mais plutôt complémentaires. En effet, les sciences sociales devraient mieux étudier le milieu socioculturel des guérisseurs traditionnels pour une meilleure compréhension du concept de la médecine traditionnelle, ce qui aiderait à renforcer la collaboration. Au delà de cette collaboration, la pratique de la médecine traditionnelle doit être réglementée afin d'améliorer son efficacité, de renforcer son acceptation et de lutter contre toute forme de charlatanisme ou d'exercice illégal de la médecine.

17. Rappelons qu'au Sénégal l'offre de soins correspond à la carte sanitaire. La dernière en vigueur date de 2009⁵⁸. Elle permet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de sa réforme optimale. Elle est une photographie actualisée des structures et des équipements de santé sur l'ensemble du territoire national et de leur localisation géographique. Dans son élaboration il n'est pas fait de distinction entre secteur public et secteur privé. L'objectif recherché dans l'élaboration de la carte sanitaire est la rationalisation de l'offre de soins par rapport à la demande de la population. Elle constitue donc à cet effet le principal outil de planification et de régulation de l'offre de soins. Elle repose sur une approche globale qui tend à organiser d'une manière rationnelle, participative et équitable, l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. En définissant les différents intrants nécessaires pour répondre de façon optimale et satisfaisante aux objectifs de santé d'une région ou d'un pays, la carte sanitaire vise la complémentarité entre les secteurs publics et privés et organise les liens fonctionnels entre les établissements de soins. La démarche classique consiste à analyser les besoins de santé, en déduire l'offre requise qui est comparée à l'offre de soins existante pour identifier les écarts de couverture ainsi que les mesures à prendre. Il s'agit ainsi d'une démarche à la fois quantitative et qualitative de régulation de l'offre de soins en s'appuyant sur les besoins de santé de la population et sur leurs tendances, sur l'évolution des données démographiques et épidémiologiques ainsi que les progrès de la médecine et de la technologie médicale. Au bout du compte, la carte sanitaire comme outil de planification, permet de mettre en adéquation l'offre et la demande de santé. Pour se faire, elle repose sur un certain nombre de principes.

⁵⁷ Éric Fassin et Didier Fassin, « De la quête de la légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutes « traditionnelles » au Sénégal », in Cahiers d'études africaines, Vol. 28, Cahier 110 (1988), pp 207-231.

⁵⁸ Décret n° 2009-521 du 4 juin 2009 relatif à la carte sanitaire, JORS n° 6485 du samedi 22 août 2009.

- La globalité : elle vise l'intégration de toutes les composantes de l'offre de soins dans la démarche afin de lui permettre de contribuer à la cohérence globale du système de soins. La carte sanitaire doit donc concerner les trois niveaux de recours aux soins. Il s'agit d'abord des différents types de prestation soins qui sont le préventif, le curatif, le promotionnel et la réhabilitation. Il s'agit ensuite des différentes composantes de l'offre de soins que sont les infrastructures, les équipements, les ressources humaines. Il s'agit enfin les différents secteurs d'activités médicales que représentent le public, le privé à but lucratif, et le privé à but non lucratif.

- L'intégration, c'est-à-dire que la carte sanitaire doit viser la construction d'un système de santé intégré. Ce système doit être caractérisé par une complémentarité fonctionnelle entre les différentes composantes de l'offre de soins, une absence de chevauchement entre les niveaux de recours de soins, la disponibilité d'un système d'orientation et de recours aux patients entre les différents établissements de santé, une parcimonie des échelons afin d'éviter de rallonger les délais de recours et compromettre la continuité des soins.

- La proximité : elle a pour but de permettre l'accessibilité physique aux soins. Elle suppose le recours à une analyse territoriale de l'accès aux soins. Cette proximité implique forcément l'équité, à savoir que la carte sanitaire doit être un instrument permettant d'assurer l'équité dans l'accès aux soins, d'autant plus qu'elle est construite sur une analyse des besoins de santé. Mais aussi la viabilité car comme tout outil de planification, la carte sanitaire doit tenir compte des capacités de mobilisation des ressources humaines mais aussi financières.

Il faut en outre rappeler que la carte sanitaire a permis au Sénégal de mieux planifier l'implantation des infrastructures pour déterminer les zones où les populations éprouvent des difficultés d'accès aux structures de santé et ainsi les inciter à avoir le réflexe de s'y rendre afin de bénéficier des soins. Cette carte a déjà été prévue par les articles 18 et 19 de la loi portant réforme hospitalière⁵⁹, selon lesquels *« la carte sanitaire détermine de manière globale sans distinction des secteurs privé et public, les structures, les équipements nécessaires à la prise en charge des soins hospitaliers ainsi que leur localisation. La carte établie aussi après consultation du conseil national de la santé et des conseils régionaux de la*

⁵⁹ La loi n° 98-08 du 2 mars 1998 a prévu dans son chapitre trois relatif à l'organisation et équipements sanitaires hospitalier une section entière consacrée à la carte sanitaire et hospitalière.

santé, a pour objet de prévoir et de satisfaire de manière optimale la demande en termes de service sanitaire. Cette carte actualisée au moins tous les 5 ans par arrêté ministériel, respecte le découpage des zones de couverture sanitaire correspondant aux trois niveaux du système de soins : district, région, et niveau central ».

18. Certes, ces progrès initiés depuis l'indépendance en matière de santé publique en général et d'offre de soins en particulier sont d'une importance capitale et méritent d'être magnifiés, mais beaucoup de choses restent aussi à parfaire car malgré les réformes, les problèmes demeurent toujours entiers. En effet, les difficultés sont d'abord liées à l'état du plateau technique des établissements de santé, ce qui les rend incapables d'assurer la qualité des soins et de pouvoir accueillir le maximum de patients. Ensuite il faut relever que ce difficile accès aux soins est, du point de vue géographique, aggravé par la répartition inadéquate des établissements hospitaliers. Aussi faut-il ajouter que du point de vue financier, les coûts souvent élevés des soins constituent un handicap majeur, surtout pour les usagers les plus démunis. Mais aussi, l'insuffisance des ressources humaines du service public de santé n'est pas à négliger. L'on comprendra alors aisément l'amertume des usagers qui ne cessent de dénoncer l'état des prestations fournies, la récurrence des fautes médicales et leur impunité par les autorités compétentes. Ainsi, les pesanteurs traditionnelles s'écartent de plus en plus en laissant place à une remise en cause de l'activité de l'offre de soins. Ce qui peut même aboutir à la mise en jeu devant le juge de la responsabilité de l'établissement de santé, de sa direction ou du praticien.

19. Partant de ces constats, il importe de voir si les différents efforts consentis par l'Etat ont conduit à une offre de soins de qualité. Cette offre répond-elle aux besoins réels de la population ? Effectivement, nonobstant, une volonté politique respectueuse, la question demeure de savoir si les structures de soins sont assez équipées et suffisantes pour répondre à l'esprit de la réforme de 1998, à savoir l'accès aux soins à tous sans discrimination et de qualité ? Quelles stratégies de crédit faut-il pour rendre effectif l'offre de soins ? Face aux difficultés d'accès aux soins, quelle place octroyer aux établissements privés de soins ? Egalement, la réglementation de la médecine traditionnelle ne serait-elle pas une alternative à l'offre de soins ?

20. Bien évidemment, il convient d'abord de passer en revue les différentes dispositions en matière de santé publique et de voir dans quelle mesure les différentes politiques sanitaires initiées par l'Etat ne lui ont pas permis d'apporter des changements notoires dans l'amélioration de l'accès aux soins et de la santé de la population. Notre étude permettra également de voir le rôle du secteur privé venant en appoint à l'Etat en matière d'offre de soins. Dans le même ordre d'idée, il y a lieu également d'analyser dans quel cadre la médecine traditionnelle peut constituer une alternative à l'offre de soins. Il est aussi d'un intérêt capital de voir les raisons qui sont à l'origine de la dégradation de la santé de la population (pauvreté, mal logement, mauvaise alimentation etc.) et de chercher les voies et moyens pour les endiguer car, seule alternative pour atteindre les objectifs de santé publique.

21. Le choix d'une telle démarche permettrait de mettre en exergue l'ensemble des dispositions nationales et internationales mais aussi l'ensemble des actions de tous les acteurs intervenant en matière d'offre de soins. L'idée est donc de poursuivre ensemble les efforts de santé afin de mettre en place des structures sanitaires performantes et à moindre coût mais aussi d'aboutir à des politiques efficaces pour que l'assurance maladie soit générale et accessible à tous (qu'elle soit une assurance maladie obligatoire ou volontaire), gage d'une bonne couverture sanitaire de la population surtout du point de vue de l'accessibilité financière. Le seul but recherché dans cette étude est la satisfaction de la population en matière d'accès aux soins.

22. En effet, en tout état de cause, l'offre de santé de qualité constitue une obligation fondamentale qui pèse sur l'Etat (Partie I). Cependant, l'Etat a du mal à assumer tout seul cette obligation, compte tenu des difficultés liées aux conditions de vie et aux réalités culturelles et religieuses (Partie II).

23. La notion de l'obligation est un lien de droit, non pas entre une personne et une chose mais entre deux personnes en vertu duquel l'une d'elles, le créancier, peut exiger de l'autre, le débiteur, une prestation ou une abstention⁶⁰. Cependant dans ce cas d'espèce on est en face d'un créancier qui n'est autre que l'Etat « donc une chose abstraite »⁶¹. Mais puisque l'Etat est incarné par des hommes (les gouvernants), désignés par le peuple (du moins dans une démocratie), il reviendra donc à ces autorités d'endosser cette obligation. Ainsi, le Sénégal pour accomplir son obligation de donner des soins de qualité et en quantité suffisante à toute sa population va définir une assise juridique à travers la ratification de plusieurs accords internationaux qui consacrent le secteur sanitaire et social et aussi à travers sa législation interne. C'est ainsi que, l'obligation pour l'Etat d'offrir des soins aux Sénégalais⁶², trouve son fondement dans la Constitution en ses articles 8, 16 et 17. Mais, c'est l'article 17 qui pose les obligations de la part de l'Etat en matière de santé en général et d'offre de soins en particulier en disposant que « *l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier, l'accès aux services de santé....* ». Egalement, plusieurs lois et règlements seront consacrés à cet effet, il s'agit notamment des lois sur la réforme hospitalière de 1998 portant autonomie de gestion des hôpitaux et érigeant des hôpitaux en établissements publics de santé (EPS), du plan directeur de la pharmacie qui prévoit, entre autres, l'autonomie de la

⁶⁰ François Terré, Philippe Simler et Yves Lequette : *Droit civil : les obligations*, Dalloz 2009, 10^{ème} édition, p.1.

⁶¹ Jean Gicquel, dans son ouvrage, *Droit constitutionnel et institutions politiques*, coécrit avec Jean-Eric Gicquel (24^{ème} édition, Montchrestien 2010, page 54), nous rapporte cette vision classique de Carré de Malberg, qui considère l'Etat comme « un être de droit en qui se résume abstraitement la collectivité nationale ou la personnification de cette dernière. Un être de droit et non de chair et de sang, porte le nom de personne morale par opposition à une personne physique ».

⁶² D'ailleurs un des aspects fondamental du droit à la santé.

Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM), du renforcement du contrôle de l'inspection pharmaceutique, de la promotion des médicaments essentiels génériques. Il s'agit également de la loi sur la réorganisation du ministère de la santé en 2004, de la loi sur les mutuelles de santé, du Code de l'environnement, du Code de l'hygiène, des lois sur la décentralisation territoriale de 1972 et de 1996 etc.

24. Le Sénégal ne s'est pas limité à un simple encadrement formel puisqu'il a mis en place de nombreux programmes de développement sanitaire afin de mettre en œuvre sa politique sanitaire et sociale. Il adopta ainsi, la stratégie d'Alma Ata à savoir les soins de santé primaires, base de la politique de santé et d'action sociale. Cette stratégie va impulser ainsi, la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire et Social (1998-2007). Le PNDS est un plan très ambitieux dont l'objectif est d'améliorer et de promouvoir l'accessibilité des services de santé et d'action sociale, d'améliorer les soins, de développer les ressources humaines, d'accroître les performances des programmes de santé de la reproduction, de renforcer le contrôle des maladies endémiques et de la surveillance épidémiologique, de promouvoir des mesures de protection individuelle et collective par l'hygiène et l'assainissement, d'appuyer la médecine traditionnelle, d'améliorer le cadre de vie des familles démunies et des groupes sociaux vulnérables, de développer la recherche opérationnelle etc. Il faut dire que ces nouvelles orientations des politiques de santé et d'action sociale, qui s'appuient sur l'approche programme traduite à travers le PNDS seront mises en œuvre dans le cadre du Programme de Développement Intégré de la santé (PDIS). Ce programme est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies par le PNDS. Les objectifs visés sont : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile, la maîtrise de la fécondité etc. Ainsi toutes ces initiatives ont été accompagnées par d'importants investissements, donnant ainsi un nouveau regard du système sénégalais de santé. A cet effet, le PDIS va permettre de réaliser des investissements qui dépassent de loin les prévisions en matière d'offre de soins. Ainsi de nombreuses structures de santé seront construites et équipées. Des efforts importants ont également été notés en matière de la qualité de l'offre et d'accès aux soins hospitaliers mais aussi en matière de prise en charge gratuite des couches sociales défavorisées telles que les personnes démunies, les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies graves comme le Sida, la lèpre, la tuberculose etc., et ce, grâce aux lois de 1998 portant réforme hospitalière qui a

transformé les hôpitaux en établissements publics hospitaliers avec une grande autonomie de gestion, tout en associant le secteur privé de santé à l'exécution du service public de santé⁶³.

25. Le financement de la santé n'a pas été en reste avec l'avènement des mutuelles de santé et la restructuration des Instituts de Prévoyance Maladie (IPM). Il faut, par ailleurs, reconnaître que le mode dominant de financement de la santé a longtemps été la dotation budgétaire de l'offre publique, ce qui donnait à l'Etat un rôle très extensif de payeur et de producteur de services. Dans la plupart des pays africains, après les indépendances, l'idée généreuse de financer directement les formations de santé et de ne pas faire payer les patients faisait envisager une couverture maladie universelle. Même si elle n'a jamais été véritablement opérationnelle, elle a constitué la première référence en matière de politique de financement. Pour l'essentiel, toute personne devait pouvoir se faire soigner gratuitement dans les centres de santé ou les hôpitaux publics. La condition de viabilité de ce dispositif était double. Il s'agit d'une part, que l'Etat consacre une dotation budgétaire suffisante au fonctionnement de l'offre publique et veille à investir pour éviter qu'elle ne se dégrade. Il s'agit d'autre part, que les formations publiques gèrent correctement leur dotation et se mettent au service des patients.

Par ailleurs, cette politique privilégiant le financement budgétaire public s'est délitée et le principe de gratuité a dû être assez vite mis en cause. Les Etats n'ont pas dégagé un financement budgétaire suffisant, ni pour le fonctionnement, ni pour l'investissement, et l'ajustement structurel a accentué de façon dramatique le problème. Les agents de santé et les gestionnaires des établissements publics n'ont pas mis non plus les ressources au service des usagers. Le secteur public de soins s'est détérioré et fera ainsi face à de nombreuses critiques, notamment sur les thèmes du renforcement des inégalités et de l'incapacité du paiement direct à donner accès aux soins hospitaliers plus coûteux. Sur le premier point, la population attendait plus de l'Etat et sur le second point, elle est devenue plus perceptible à l'idée d'assurance.

C'est dans ce contexte d'insatisfaction chronique de la population à l'égard du secteur public de soins et des fonctionnaires à l'égard de la couverture maladie non contributive dont

⁶³ Le secteur privé de santé joue un rôle non négligeable dans le domaine de l'offre publique de soins en l'occurrence les établissements des œuvres catholiques.

ils étaient censés bénéficier que de nombreux promoteurs de mutuelles sont sortis de la société civile et ont cherché à organiser un mode de financement qui soit à la fois efficace et dégagé de l'emprise de l'Etat et de l'administration. Les bases de l'assurance maladie volontaire se sont peu à peu consolidées, au moins au niveau des plaidoyers. Dans certains pays comme le Mali ou le Sénégal, l'Etat a appuyé ce mouvement. Dans d'autres, des ONG ou organismes extérieurs ont fourni un appui et l'Etat est resté indifférent : c'est le cas du Burkina, du Bénin et de la Guinée⁶⁴. Les partenaires au développement ont largement contribué à diffuser l'idée que la micro assurance était adaptée à toutes les catégories, notamment au secteur de l'économie informelle et constituait ainsi un outil de lutte contre la pauvreté. De nombreux projets ont été financés afin de promouvoir une organisation privée du financement fondée sur l'assurance maladie, ce qui devait avoir simultanément pour effet de favoriser l'essor de la démocratie dans les pays en développement.

26. En définitive, l'Etat reste toujours le garant essentiel de l'offre de soins de santé même s'il la partage avec d'autres acteurs tels que le secteur privé de santé, les ONG et les partenaires extérieurs au développement. Ainsi, il sera d'abord nécessaire de faire état de la réglementation nationale et internationale en matière de droit à la santé en général et d'offre de soins en particulier ainsi que leurs mesures d'application, d'où : l'offre de soins : une obligation manifestée à travers les politiques de santé du Sénégal (Titre I), avant de voir le cadre de concrétisation de cette obligation qui s'impose aux autorités publiques à travers la mise en œuvre effective de l'offre de soins (Titre II).

⁶⁴ Alain Letourmy, « État et assurance maladie dans les pays africains », Communication aux XXVI^{ème} journées des économistes français de la santé CERDI, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003, p.5.

27. Dès son accession à l'indépendance en 1960, la préoccupation majeure du Sénégal était d'instituer des soins de base en milieu rural. Cette stratégie est renforcée par la réforme locale et administrative de 1972. Elle s'appuie sur la décentralisation avec la participation de la population bénéficiaire des soins de santé. Cependant, le Sénégal n'a jusque là jamais défini les axes et les ambitions de sa politique de santé. Il a fallu attendre 1989 pour que les autorités gouvernementales définissent de manière formelle la politique nationale de santé. Celle-ci a été impulsée par la déclaration d'Alma Ata de 1978 qui met l'accent sur les soins de santé primaires qui constituent la base même de la politique de santé au Sénégal. En effet, le Sénégal, en faisant en juin 1989 cette déclaration qui détermine les formes de son action en matière de santé, cherche à mieux répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé en général et en matière d'offre de soins en particulier. Cette volonté a été reprise au Sénégal à travers différents textes dont la décentralisation administrative de 1996, la réforme hospitalière de 1998, l'adoption du Code de l'hygiène⁶⁵, du Code de l'environnement⁶⁶ etc. Mais, c'est avec l'avènement de l'alternance politique au Sénégal de 2000 que le domaine de santé va connaître son « âge d'or » car les nouvelles autorités, pour mieux asseoir leur politique de santé et lui donner une valeur supra législative, constitutionnalisent le droit à la santé à travers la nouvelle Constitution qu'elles ont fait adopter en 2001. Ainsi, l'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé trouve son fondement juridique dans le rôle qui lui est dévolu par la Constitution en son article 8 qui dispose que « *la République du Sénégal garantit à tous les citoyens les libertés individuelles fondamentales, les droits économique et sociaux ainsi que les droits collectifs, dont le droit à*

⁶⁵ Loi 83-71 du 5 juillet 1983 portant Code de l'hygiène, JORS n° 4962 du 6 août 1983, p. 692.

⁶⁶ Loi n° 2001-01 du 15 janvier 2001 et de son décret d'application 2001-282 du 15 janvier 2001 portant Code de l'environnement, JORS n° 5972, p. 115.

la santé ». Dans le cadre de sa politique de santé, l'Etat fait également référence aux dispositions contenues dans les textes internationaux en matière de santé. Il s'agit notamment des dispositions de l'Organisation Mondiale de la Santé, de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, du Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels du 16 décembre 1966, de la Charte Africaine des Droits de l'Homme de 1981, de la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (1990), de la Déclaration d'Alma Ata (1978), de la Charte d'Ottawa (1986), des Déclarations de Dakar sur le VIH etc.

28. Le Sénégal a aussi pris un certain nombre de mesures pour rendre effective sa politique de santé. A cet effet, l'une des mesures phare est l'élaboration en 1998 du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS). Le PNDS est donc un plan important sous tendu par des réformes très importantes et qui a deux principes importants, la participation et le partenariat. De plus, ce plan était réalisé dans le cadre de la consolidation de la décentralisation par l'adoption de nouveaux textes sur la régionalisation en 1996. En outre, d'autres réformes importantes ont été adoptées : il s'agit des lois sur la réforme hospitalière portant autonomie de gestion des hôpitaux et érigeant des hôpitaux en Etablissements Publics de Santé (EPS), du plan directeur de la pharmacie qui prévoit, entre autres, l'autonomie de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM), le renforcement du contrôle de l'inspection pharmaceutique, la promotion des médicaments essentiels génériques etc. Toutes ces politiques expriment la volonté de l'Etat d'assumer avec plénitude son obligation dans le secteur de la santé en général et de l'offre de soins en particulier. C'est ce qui nous amène à faire état d'une part de la consécration par le Sénégal de la réglementation nationale et internationale du droit à la santé en général et à l'offre de soins en particulier (chapitre 1), et d'autre part, d'analyser les conditions de la mise en œuvres de l'offre de soins à travers les différentes mesures d'application entreprises par le Sénégal depuis son accession à l'indépendance en 1960 jusqu'à nos jours (chapitre 2).

29. Les autorités sénégalaises pour accomplir leur obligation à l'égard des citoyens en matière de santé publique en général et d'offre de soins en particulier et se hisser autant que faire se peut au niveau des normes fixées par l'OMS, va définir une assise juridique en faisant référence aux dispositions contenues dans les textes internationaux en matière de santé. Egalement, plusieurs textes dans le secteur sanitaire et social seront consacrés par la législation interne. C'est ainsi que, l'obligation pour l'Etat d'offrir des soins à la population trouve son fondement dans la Constitution. Cette obligation est aussi consacrée par plusieurs lois et règlements nationaux. Il s'agit, notamment, des lois sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie au Sénégal, de la loi portant Code de déontologie médicale, des lois sur la réforme hospitalière de 1998, de la loi sur la réorganisation du ministère de la santé en 2004, de la loi sur les mutuelles de santé, du Code de l'environnement, du Code de l'hygiène, des lois sur la décentralisation territoriale de 1972 et de 1996 etc. Ainsi, l'analyse des données juridiques annoncées nécessite de faire état d'une part, de la proclamation internationale par le Sénégal des droits et devoirs en matière de santé publique (Section 1) et d'autre part, des lois et règlements nationaux en matière de santé publique au Sénégal. (Section 2).

Section 1 : La proclamation internationale par le Sénégal des droits et devoirs en matière de santé publique.

30. Le Sénégal a adhéré à de nombreux instruments juridiques internationaux proclamant les droits et devoirs des personnes publiques et privées en matière de santé publique. Ces instruments juridiques sont tantôt des déclarations, tantôt des conventions internationales signées et ratifiées par les Etats et les organisations internationales, tantôt des chartes et/ou des protocoles⁶⁷. Il faut rappeler que certains de ces textes sont de portée générale, mais consacrent, tout de même, des questions de santé, d'autres textes, par contre, ont une vocation spéciale relative à la santé. Cependant, tous ont pour priorité essentielle le droit de jouir d'un meilleur état de santé (paragraphe 1), ainsi que le droit d'accès aux soins de santé (paragraphe 2), car sans ces droits, la garantie de la santé de la population ne serait qu'une utopie.

⁶⁷ Ibrahima Ly, Cours de droit de l'homme et santé publique, l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD) année universitaire 2004-2005 p. 9.

Paragraphe1 : Le droit de jouir d'un meilleur état de santé.

31. Ce droit très ambitieux, a été affirmé dans beaucoup de textes internationaux, sa reconnaissance impose alors de la part des Etats l'obligation d'assurer à leur population une offre de soins en qualité et en quantité suffisante car c'est le seul moyen, selon nous, de répondre à cette exigence instaurée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et consolidé par le Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels (PIDESC) ainsi que par d'autres textes.

A : La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁶⁸.

32. A la fin de la deuxième guerre mondiale, l'étendue et la gravité des problèmes de santé qu'elle a provoquée, et l'importance des progrès accomplis dans les domaines de la médecine et de l'hygiène publique, plaident en faveur de l'établissement d'un organisme international capable de s'attaquer aux problèmes de santé mondiaux en employant les nouveaux moyens disponibles⁶⁹. Par ailleurs, l'idée d'organisation unique en matière de santé n'est pas neuve. Cependant, l'OMS est la seule organisation intergouvernementale à objet sanitaire. Elle est également la plus universelle des O.I.G.⁷⁰. Signée à Genève le 22 juillet 1946 et adoptée le 7 avril 1948 par 26 Etats (nombre requis d'Etats membres de l'ONU)⁷¹, l'OMS est une émanation de l'ONU fondée pour répondre aux questions sanitaires, avec pour

⁶⁸ Cf. site OMS : <http://www.who.int/fr/>.

⁶⁹ Jean-Paul Jardel, « La naissance de l'OMS », Revue Générale de Droit Médical n° 1, les Études Hospitalières, septembre 1999, p. 82.

⁷⁰ Michel Bélanger, rapport introductif du Colloque CRDSS-AFDS du 27 novembre 1998 : *la France à l'OMS. La protection internationale de la santé aujourd'hui, hier et demain, cinquantième de l'organisation mondiale de la santé*, Revue générale droit médicale n° 1, p.68.

⁷¹ Michel Bélanger, art. cit., p. 68.

but d'amener les peuples au niveau de santé le plus élevé possible⁷². L'organisation, dès sa naissance, s'est surtout engagée dans la lutte contre les maladies prioritaires des pays en développement (paludisme, tuberculose, lèpre variole etc.), ainsi que dans le domaine de la protection maternelle et infantile, la nutrition, la salubrité de l'environnement, la formation de personnel de santé, la recherche et l'établissement des normes. Au fil des années, l'organisation a évolué, d'une position principalement scientifique et technique, vers le domaine social et économique dans lequel les problèmes et leurs solutions sont complexes, et font intervenir plusieurs acteurs selon Jean-Paul Jardel⁷³.

33. Au delà de sa définition notable de la santé c'est-à-dire « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », (paragraphe 2 de la constitution de l'OMS), la Charte constitutive de l'organisation instaure un droit de jouir du meilleur état de santé (paragraphe 3). Pourtant, cette définition de la santé était considérée comme trop large voire utopique. Utopique, on ne peut qu'être d'accord avec cette critique, mais cette définition a eu l'immense avantage de situer la santé dans un processus dynamique⁷⁴. La santé est la condition nécessaire, pour un individu ou un groupe, au développement de ses potentiels de vie. Ainsi, Cette charte donne non seulement à l'être humain comme prérogative le droit de jouir d'un meilleur état de santé, mais va plus loin en indiquant que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale »⁷⁵.

Il relève donc de la responsabilité des gouvernants d'assurer ce bon état de santé à leurs populations. Ainsi le préambule de la Constitution de l'OMS n'a pas manqué de rappeler cette obligation en indiquant que « *les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leur peuple et qu'ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales* ». C'est dire que le but fixé par l'organisation dès son avènement à savoir « *amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible* » (article 1^{er} de la Charte) ne saurait être

⁷² Audrey Mourgues, *L'accès aux soins*, Thèse de doctorat de l'université de Montpellier 1, décembre 2009, p. 32.

⁷³ Jean-Paul Jardel, art. cit., p. 84. .

⁷⁴ Ibrahima Ly, op. cit., p. 7.

⁷⁵ Jean-Paul Jardel, art. cit., p. 83.

atteint que par l'obligation des Etats à aller dans le sens des dispositions retenues dans la Charte. Cependant, il faut noter que la Constitution de l'OMS n'a aucune force contraignante à l'égard des pays membres, contrairement au Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et culturels de 1966 qui s'impose davantage aux états signataires.

B : Le Pacte International Relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels de 1966.

34. Ce Pacte a été adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale des Nations Unies⁷⁶ et entré en vigueur le 3 janvier 1976. Parmi les droits consacrés par ce Pacte à savoir le droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail (article 7), le droit à la sécurité sociale (article 9), le droit à une protection spéciale à la maternité (article 10), le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications (article 15), figure dans l'article 12 du pacte « *le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* »⁷⁷. Cet article plus précisément son alinéa premier n'est qu'une reprise de l'expression de la Charte constitutive de l'OMS excepté sa dimension sociale. Cependant, contrairement à la charte de l'OMS, le Pacte énumère au second paragraphe de l'article 12 une série de mesures qui s'imposent aux Etats membres.

35. Le Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 est créateur d'obligations pour tous les Etats signataires d'où sa force contraignante. Il met à la charge des Etats, l'obligation de protéger la santé des personnes. L'article 12 ne s'est pas limité à la simple affirmation de ce droit, mais a aussi précisé le sens et la portée. En effet, dans l'alinéa second, il est annoncé que « *les mesures que les Etats parties au présent pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :*

- *la diminution de la morbidité et de mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;*

⁷⁶ Résolution 2200 A(XXI) du 16 décembre 1966.

⁷⁷ Audrey Mourgues, op. cit., p. 34.

- *l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène individuelle ;*
- *la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;*
- *la création de conditions propres à assurer à tous les services médicaux une aide médicale en cas de maladie ».*

Le deuxième alinéa de cet article précise le sens et le contenu même du droit à la santé car il défend l'exercice d'un tel droit qui se manifeste par la prise de mesures adéquates par les Etats aux fins d'assurer la santé de la population. Ces mesures curatives, préventives et sociales imposent aux Etats l'adoption de programmes sanitaires pour mieux palier les problèmes de santé de la population. Ces dispositions révèlent l'existence d'une législation universelle du droit à la santé à laquelle le Sénégal a adhéré en adoptant ces principes et en ratifiant les accords internationaux dans ce domaine.

C : La Charte Africaine des Droits de l'Homme de 1981.

36. La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples a été adoptée le 26 juin 1981 à Nairobi et est entrée en vigueur le 21 octobre 1986. Plusieurs de ses dispositions peuvent être citées en matière de santé publique et de bien-être de la population. A ce titre l'article 4 dispose que *« la personne humaine est inviolable. Toute personne a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit »*. Mais, c'est à travers l'article 16 de la Charte que sera affirmé au profit de la population africaine le droit de jouir d'un meilleur état de santé tel qu'annoncé dans la Charte de l'OMS. Ainsi, l'article 16 dispose :

« 1. toute personne a droit de jouir de meilleur état de santé, physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre.

2. les Etats parties de la présente charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leur population et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ».

Ainsi libellé on peut constater que la structure de l'article 16 est calquée sur celle de l'article 12 du Pacte Economique et Social des Nations Unies de 1966. Son premier paragraphe contient l'énoncé du droit et le second l'engagement des Etats à prendre certaines mesures. On remarque, cependant, que le second paragraphe est moins clair que le premier. Cette attitude semble surprendre plus d'un quand on connaît l'histoire récente du continent africain et les problèmes auxquels il est actuellement confronté, le conformisme au droit de l'homme et à fortiori celui d'un droit à la santé⁷⁸ n'est pas acquis. Il est donc évident que ce droit, parce qu'évoluant dans un cadre aussi contraignant, aura une physionomie particulière. Le droit à la santé est un droit à géométrie variable selon les conditions de chaque région et de chaque société. C'est ce qui fait l'importance alors de la recherche des éléments constitutifs dans la sphère du droit régional. Pour se faire, la Charte Africaine des Droits de l'Homme que le Sénégal a ratifié, servira de soubassement à notre raisonnement. En effet le droit à la santé y est réaffirmé de manière originale.

37. L'article 18, quant à lui, met en exergue l'importance de la famille comme base de toute société, celui-ci est d'autant plus vrai si on se réfère au rôle que joue la famille dans la société africaine. Cet article crée également l'obligation pour l'Etat de veiller au bien-être de la famille en général et surtout de ses composants les plus faibles tels que : les femmes, les enfants et les personnes âgées ou handicapées. Il dispose à cet effet :

« 1. la famille est l'élément naturel et la base de la société. Elle doit être protégée par l'Etat qui doit veiller à sa santé physique et morale.

2. l'Etat a l'obligation d'assister la famille dans sa mission de gardienne de la morale et des valeurs traditionnelles reconnues par la communauté.

3. L'Etat a le devoir de veiller à l'élimination de toute discrimination contre la femme et d'assurer la protection des droits de la femme et de l'enfant tels que stipulés dans les déclarations et conventions internationales.

4. Les personnes âgées ou handicapées ont également droit à des mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins physiques ou moraux ».

⁷⁸ L'expression « droit à la santé n'est assurément guère satisfaisante selon les termes de Michel Bélanger qui affirme dans son ouvrage *Introduction à un droit mondial de la santé* que celle-ci n'est pas utilisée formellement dans les textes juridiques tant nationaux qu'internationaux et préfère parler « de droit aux soins de santé ».

38. Il faut en outre rappeler que cette Charte n'a pas accordé que des droits aux citoyens, desquels l'Etat semble être le créancier mais a aussi prévu à leur égard des devoirs en matière de santé publique dont l'article 29 annonce en ces termes « *l'individu a, en outre, le devoir de contribuer à la promotion de la santé morale de sa société...* ».

Par ailleurs, les préoccupations relatives aux conditions de l'enfant africain, comme nous rappelle le paragraphe 4 de l'article 18, ont été mieux prises en compte plus tard, car une Charte lui sera consacrée en l'occurrence la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant adoptée par la défunte Organisation pour l'Unité Africaine en 1990.

D : La Charte Africaine des Droits et du Bien-Être de l'Enfant (1990).

39. Adoptée par la défunte Organisation pour l'Unité Africaine le 11 juillet 1990 à Addis-Abeba lors de son 26^e sommet, cette Charte signée par le Sénégal le 18 mai 1992 répond aux préoccupations spécifiques de l'enfant africain, à la suite de l'adoption par l'Assemblée Générale des Nations Unies, le 20 novembre 1989, de la convention relative aux droits de l'enfant. Cet important instrument juridique régional signé par le Sénégal répond aux préoccupations spécifiques à l'enfant africain dont sa santé en particulier et son bien-être en général.

40. L'article 14 de la Charte en disposant dans son alinéa 1 que « *tout enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mental et spirituel possible* », révèle à ce niveau un principe fondamental des droits de l'homme et du droit à la santé des personnes tel que consacré par la constitution de l'OMS et du Pacte international relatif aux droits économiques et sociaux surtout dans le cas spécifique des enfants. L'article 11 relatif à l'éducation va ainsi conforter cette idée en disposant en son alinéa 2 que « *l'éducation de l'enfant vise à promouvoir et développer la personnalité de l'enfant, ses talents ainsi que ses capacités mentales et physiques jusqu'à leur épanouissement. Elle vise aussi à promouvoir la compréhension de soins de santé primaires* ».

Cet article est révélateur, car il montre que le bien-être de l'enfant ne peut être atteint que par l'éducation. Ce propos n'est pas chose banale car il pose un problème préoccupant dans les pays en voie de développement où beaucoup d'enfants peinent à trouver le chemin de l'école. L'instruction est l'un des meilleurs moyens de veiller à la santé de la population car elle peut permettre de connaître et de respecter les règles d'hygiène et par ricochet prévenir les maladies. Comme le dit un adage célèbre : « mieux vaut prévenir que guérir », les pays en développement doivent se battre pour assurer l'accès à l'éducation à tous les enfants car il s'agit là du moyen le plus efficace pour veiller à sa propre santé, gage du bien-être. Il résulte donc de cet article, l'obligation des Etats africains d'assurer l'accès à l'éducation des enfants et mieux de donner une assistance appropriée à la condition de l'enfant handicapé.

41. L'article 13 est beaucoup plus précis en matière de santé de l'enfant. Il est remarquable en ce sens qu'il impose un devoir d'assistance à l'Etat dans la prise en charge de l'enfant handicapé et de son entourage en disposant que :

« 1 : tout enfant qui est mentalement ou physiquement handicapé a droit à des mesures spéciales de protection correspondant à ses besoins physiques et moraux et dans les conditions qui garantissent sa dignité et qui favorisent son autonomie et sa participation à la vie communautaire ;

2 : les Etats parties à la présente charte s'engagent, dans la mesure des ressources disponibles, à fournir à l'enfant handicapé et ceux qui sont chargés de son entretien, l'assistance qui aura été demandée et qui est appropriée compte tenu de la condition de l'enfant et veilleront, notamment à ce que l'enfant handicapé ait effectivement accès à la formation, à la préparation à la vie professionnelle et aux activités récréatives d'une manière propre et à assurer le plus pleinement possible son intégration sociale, son épanouissement individuelle et son développement culturel et moral.

3 : les Etats parties à la présente Charte utilisent les ressources dont ils disposent en vue de donner progressivement la pleine commodité de mouvement aux handicapés mentaux ou physiques et de leurs permettre l'accès aux édifices publics construits en élévation et aux autres lieux auxquels les handicapés peuvent légitimement souhaiter avoir accès ».

42. Il faut rappeler que l'Organisation pour l'Unité Africaine n'entend pas faire de ces dispositions une simple recommandation que nous qualifierons d'un simple « vœu pieux »

à l'image de beaucoup de dispositions internationales qui font rêver dès qu'elles sont adoptées mais qui ne s'appliquent guère. C'est la raison pour laquelle des mesures d'application ont été prévues et dont les Etats ont l'obligation de respecter. Ainsi, conformément à l'alinéa 2 de l'article 14, « *les Etats parties de la présente Charte s'engagent à poursuivre le plein exercice de ce droit, notamment en prenant les mesures aux fins ci-après :*

- *Réduire la mortalité prénatale et infantile ;*
- *Assurer la fourniture de l'assistance médicale et des soins de santé nécessaires à tous les enfants, en mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaires ;*
- *Assurer la fourniture d'une alimentation adéquate en eau potable ;*
- *Lutter contre la maladie et la malnutrition dans le cadre de soins de santé primaires, moyennant l'application des techniques appropriées ;*
- *Dispenser des soins appropriés aux femmes enceintes et aux mères allaitantes ;*
- *Développer la prophylaxie et l'éducation ainsi que les services de planification familiale,*
- *Intégrer les programmes de services de base dans le plan de développement sanitaire national ;*
- *Veiller à ce que les secteurs de la société, en particulier les parents et les dirigeants des communautés d'enfants et des agents communautaires soient informés et encouragés à utiliser les connaissances alimentaires en matière de santé et de nutrition de l'enfant : avantages de l'allaitement au sein, hygiène et hygiène du milieu et prévention des accidents domestiques et autres ;*
- *Associer activement les organisations non gouvernementales, les communautés locales et les populations bénéficiaires à la planification et à la gestion des programmes de services de base pour les enfants ;*
- *Soutenir, par des moyens techniques et financiers, la mobilisation des ressources des communautés locales en faveur du développement de soins de santé primaires pour les enfants ».*

En outre, le droit de jouir d'un meilleur état de santé est certes, un droit fondamental pour tout être humain, mais difficile à appliqué dans un contexte africains surtout marqué par un manque de moyens et un grand nombre de pathologies.

Paragraphe 2 : Le droit d'accès aux soins et de la protection de la personne.

43. Tous les textes cités plus hauts, outre qu'ils assurent à tout être humain le bien-être, prônent l'accès aux soins car sans le « droit à la santé », le bien-être ne serait qu'une utopie. Cependant, nous avons décidé de traiter la consécration à l'accès aux soins par les textes internationaux à part. C'est ce qui nous amène à voir dans cette partie les textes qui ont consacré plus spécifiquement ce droit.

A : La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948⁷⁹.

44. Cette déclaration adoptée à Paris après la deuxième guerre mondiale va dans le sens de la conquête des droits de l'homme. Elle nous rappelle donc la toute première déclaration en ce sens, en l'occurrence la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789. Il faut reconnaître que cette déclaration est la toute première connue de part le monde en ce qui concerne les droits de l'homme et du citoyen. Cependant, elle n'a pas abordé spécifiquement la question de la santé publique. Tout de même, il existe une forte connexité entre le droit à la santé et les droits de l'homme qui ont vu officiellement le jour à partir du 26 août 1789 sous l'appellation Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen issue de la révolution française. Ainsi les articles : 1, 2, 3, 4, 5 et 6 qui ont mis en exergue l'égalité en droit et en dignité entre les hommes, sont édifiants en ce sens, même s'ils n'ont pas abordé explicitement le droit à la santé. Nous estimons ainsi qu'on ne peut pas parler de la déclaration des droits de l'homme de 1948 sans faire un rappel de celle de 1789 qui est son ancêtre. Aussi, puisque « Droits de l'homme riment avec santé publique », la Déclaration de 1948 a consacré certaines de ses dispositions au domaine de la santé publique en général et l'accès aux soins en particulier. Si le droit d'accès aux soins n'est pas

⁷⁹ Résolution 217 (III) du 10 décembre 1948 de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

consacré en tant que tel, il présente toutefois le mérite d'apparaître au sein « des droits de l'homme » compte tenu de son énonciation à travers l'article 25 de la Déclaration. Ainsi, l'énoncé d'un « droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé » par cette Déclaration participe à la reconnaissance d'un droit d'accès aux soins.

45. La déclaration de 1948 consacre « un droit aux soins médicaux » comme moyen au service d'une fin qui est celle d'un « droit à un niveau de vie suffisant » pour assurer sa santé. A cet effet, l'article 25 dispose que « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de pertes de ces moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté* ». Le droit à la santé ainsi proclamé ne saurait être assimilé au principe de la protection de la santé⁸⁰. Aux termes de ces dispositions, la santé est en effet appréhendée comme le corollaire du niveau de vie de l'individu et directement rattachée à un droit au développement. Cette déclaration ne consacre qu'indirectement le droit à la santé, posant surtout le droit à un niveau de vie décent permettant d'accéder à la satisfaction des besoins essentiels avec notamment l'alimentation, l'habillement, le logement et les soins médicaux. Cette déclaration prend ainsi en compte toutes les données de la santé et du bien-être en général.

En effet, c'est dans cette déclaration qu'on a senti la reconnaissance d'un réel droit à la santé. L'article 25 s'ouvre d'abord sur la reconnaissance expresse d'un droit à un niveau de vie suffisant. Ce droit exige une situation sociale stable voire une source de revenu acceptable en permettant à chaque individu de prendre soin de sa propre personne. Ensuite, la volonté du législateur se précise en dévoilant la finalité d'un tel droit qui doit garantir le bien-être de l'individu et de sa famille, notamment, par l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires.

⁸⁰ Olivier Garreau, *Droit de la santé, droit à la santé*, Thèse Université Montpellier I, 2004, p.90.

46. En nous basant sur la lettre de l'article 25, on peut déduire que le fait pour les Etats de reconnaître un droit à un niveau de vie acceptable ne génère aucune obligation pour eux de garantir la santé des individus, c'est à l'individu lui-même que revient le devoir d'assurer sa santé. On en déduit que la Déclaration de 1948 n'est qu'une simple recommandation émanant de l'Assemblée Générale des Nations Unies et ne dispose pas de la valeur contraignante d'un traité international. Elle ne crée aucune obligation à la charge des parties signataires et ne peut être invoquée devant le juge. La portée de la déclaration est donc avant tout d'ordre moral et résulte de l'autorité que lui confère la signature de la majorité des Etats du monde⁸¹. L'obligation de la part des Etats est mieux reconnue dans le Pacte International relatif aux Droits Economiques et Sociaux de 1966 complétant ladite Déclaration Universelle. Mais c'est avec la Déclaration d'Alma Ata que de réelles stratégies, en matière d'offre et d'accès aux soins, seront peaufinées.

B : La Déclaration d'Alma Ata (1978).

47. En septembre 1978, l'OMS et l'UNICEF organisent une conférence internationale à Alma-Ata (URSS), à laquelle ont participé les représentants de plus de 130 pays et 60 organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Cette conférence internationale sur les soins de santé primaires (SSP)⁸² soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de santé et du développement, ainsi que de la communauté mondiale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde. Pour ce faire, elle adoptera la déclaration qui suit : *« la conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé [...] »*.

⁸¹ Audrey Mourgues, op. cit., p. 31.

⁸² Cette notion de soins de santé primaire formalisée dans la déclaration d'Alma Ata est empruntée historiquement aux principes qui ont fait le système de santé mis en place dans plusieurs pays communistes, notamment le Cuba, la Chine de Pékin et le Vietnam, avec en particulier les « les médecins aux pieds nus ».

L'humanité toute entière pourra accéder à un niveau de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés [...]. La conférence soulignera à cet effet que les soins de santé primaires, faisant partie du système de santé nationale ainsi que du développement économique et social d'ensemble, sont les moyens d'instaurer un niveau de santé acceptable pour tous ».

48. Poursuivant cet objectif, l'assemblée mondiale de la santé a endossé en mai 1979 la déclaration et a adopté la stratégie « de la santé pour tous en l'an 2000 » comme la priorité dominante de l'OMS. En novembre 1979, l'Assemblée Générale des Nations Unies a elle aussi approuvé la Déclaration d'Alma Ata, considérant que « *la coopération entre nations sur le problème de la santé peut être une contribution importante à la paix* »⁸³. L'OMS à ce niveau s'est faite l'avocate de la politique de santé privilégiant la réduction des inégalités entre pays et au sein des pays, en matière d'exposition aux risques et d'accès à un minimum de soins préventifs et curatifs. C'est ce qui a été appelé la « stratégie de santé pour tous », basée sur les soins de santé primaires. Cette stratégie a été controversée parce qu'elle mettait en cause la capacité des gouvernements à assurer plus de justice sociale et, aussi, parce qu'il n'y avait pas de solution technique simple à un problème politique et social complexe. Elle a eu cependant le mérite comme le note Jean-Paul Jardel⁸⁴ « *de créer un mouvement dans les pays et dans la communauté internationale en faveur de la population démunie* ».

49. Au-delà d'une simple déclaration, la conférence d'Alma Ata demande aux pays et aux organismes internationaux d'assurer l'amélioration de l'état de santé des populations et ceci à notre avis ne peut se faire que par le développement et la mise en œuvre de l'offre de soins en qualité et accessible à tous. Il s'agit plus particulièrement l'offre de soins de base que la Déclaration appellera « *les soins de santé primaires* » qui restera jusqu'à nos jours une expression très célèbre. La conférence, à cet effet, demande instamment que soit lancée d'urgence, au plan national et international, une action efficace pour développer et mettre en

⁸³ Yves Beigbeder, « Stratégie de la santé pour tous selon l'OMS », Colloque CRDSS-AFDS du 27 novembre 1998 : la France à l'OMS. *La protection internationale de la santé aujourd'hui, hier et demain, cinquantième de l'organisation mondiale de la santé*, Revue générale droit médicale n° 1, p. 130.

⁸⁴ Jean -Paul Jardel, art. cit., p. 85.

œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS, le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tout le personnel de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer au plan national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru en particulier dans les pays en développement. La conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer, développer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente déclaration.

L'Etat du Sénégal, semble bien entendre l'appel d'Alma Ata en s'y référant pour définir sa politique de santé. Il réaffirme cet engagement dans la déclaration de politique de santé définie en 1989 en ces termes « *en outre l'ensemble des stratégies⁸⁵ définies par cette déclaration doivent s'articuler autour de la généralisation des soins de santé primaires et de la participation de la population conformément à la déclaration d'Alma Ata, fondement de notre politique de santé* ».

C : La Charte d'Ottawa (1986).

50. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa visant la santé pour tous en l'an 2000 et au-delà est adoptée le 21 novembre 1986. Cette conférence fut avant tout une réaction à l'attente de plus en plus manifeste d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes des autres régions. La conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires et sur le débat sur l'action intersectorielle pour la santé,

⁸⁵ Il s'agit d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant, de développer les actions préventives et éducatives, de rationaliser et de développer les ressources humaines, matérielles et financières, d'améliorer la qualité des prestations des services, de promouvoir la participation de la population à l'effort de santé, d'améliorer le système de production, d'approvisionnement et de distribution du médicament etc.

dans le cadre de l'Assemblée Mondiale de la Santé. Cette Déclaration qui a pour but essentiel, la promotion de la santé. Elle vise également l'égalité dans le domaine de la santé, le paragraphe 6 dispose à cet effet : « *la Déclaration vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé (...)* ». Ce principe est très important si on estime le fossé qui existe en matière de santé entre les pays développés et les pays en développement, mais aussi au sein même des pays surtout sous-développés entre les riches et les pauvres et aussi entre les régions. Et, l'exemple typique en ce sens est le cas du Sénégal où tous les grands hôpitaux se trouvent concentrés à Dakar au grand dam des autres régions non desservies où meurent tous les jours des centaines de malades, faute d'accès aux soins.

51. Mieux, l'accès aux soins dont la finalité est de garantir la santé à tous ne peut être atteint sans l'action concertée de tous les intervenants du domaine sanitaire. Ainsi, les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias doivent travailler main dans la main afin d'assurer à la population ce qui lui est de plus chère : la santé. Cette collaboration est très importante aux yeux des participants de la conférence d'Ottawa sans laquelle l'atteinte à la santé pour tous en l'an 2000 sera difficile voire impossible. Ces propos sont d'autant plus vrais que la Charte dispose dans son 10^{ème} paragraphe que « *la promotion de la santé va au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard* ». C'est dire que la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie saine pour viser le bien-être, d'où la nécessité de collaboration de tous les acteurs ainsi que de la population elle-même, principale bénéficiaire des actions sanitaires et sociales. La Charte va également mettre l'accent sur l'adaptation des programmes et stratégies de la promotion de la santé aux besoins et possibilités locaux des pays et des régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

D : Les Déclarations de Dakar sur le VIH.

52. Il est important de faire part de ces déclarations car non seulement elles ont été faites sur le continent africain (au Sénégal), mais surtout dans le domaine complexe et délicat de prise en charge des personnes porteuses de VIH. Le contenu de ces déclarations révèle des progrès significatifs dans la prise en charge africaine des personnes vivant avec le Sida. Il s'agit de la Déclaration de Dakar de 1994 sur l'éthique, le droit et le VIH et de la Déclaration de Dakar de 1998 sur le VIH dans les prisons africaines

a) La Déclaration de Dakar du 1^{er} juillet 1994 sur l'Éthique, le Droit et le VIH.

53. Cette déclaration résulte d'une consultation inter-pays du réseau africain sur l'éthique, le droit et le VIH dans le cadre de lutte contre le SIDA. Préoccupée par l'impact de l'épidémie du VIH sur tous les aspects de la vie humaine, la consultation inter-pays du réseau africain sur l'éthique, le droit et le VIH, tient à ce que des actions soient menées à tous les niveaux (individuel, institutionnel, professionnel ou gouvernemental) en réponse à l'épidémie du VIH. Pour se faire, des principes (au nombre de 10) ont été posés à savoir : le principe de responsabilité, d'engagement, de partenariat et de concertation, de renforcement des capacités d'action, de non discrimination, de confidentialité et du respect de la vie privée, d'adaptation, de l'utilisation d'un langage adapté, d'éthique dans la recherche et enfin le principe d'interdiction du dépistage obligatoire.

54. Il faut noter que la déclaration de Dakar rappelle à chacun, que cela soit l'individu lui-même, les gouvernements, les institutions, les entreprises privées et les médias, le rôle qu'il doit jouer dans la lutte contre le VIH dont le vieux continent reste le plus touché. La déclaration en parlant de « *partenariats qui doivent refléter et promouvoir activement la solidarité, l'inclusion, l'intégration, le dialogue, la participation et l'harmonie* », soulève une importante problématique à savoir la difficulté de l'acceptation du malade vivant avec le VIH/Sida dans la société africaine. Le sidéen est souvent mal vu dans les sociétés africaines. Il devient du coup victime de marginalisation car le Sida dans l'imaginaire africain est considéré

comme « une maladie de la honte » parce que résultant d'une relation sexuelle avec différents partenaires. Le sexe est tabou en Afrique et contracter une maladie sexuellement transmissible est considérée comme une punition par « les dieux » d'une infidélité. Pour reconforter ces propos, Amsatou Sow Sidibé disait que *« le Sida est apparu pendant longtemps comme un mal mérité par le malade, une malédiction, un châtement de Dieu, fléau d'une société dépravée et frappant des déviants ou des pêcheurs impurs. Ainsi, les porteurs du VIH vivent, dans leur milieu familial et social, des réactions de méfiance, d'hostilité et d'exclusion rendant la maladie beaucoup plus insupportable et ouvrant la porte à son expansion. La même réaction négative a existé au moyen âge lors des grandes épidémies de lèpre considérées comme des calamités correspondant à des châtements de Dieu pour des comportements diaboliques commis par les hommes »*⁸⁶.

55. En Afrique, ce n'est pas seulement le Sida en tant que tel qui tue les patients qui en sont porteurs mais les soucis liés à la marginalisation dont ils sont victimes. Les experts du Réseau africain sur l'éthique, le droit et le VIH ont compris cela, c'est pourquoi ils ont intégré dans cette déclaration le principe de non discrimination. Ce principe dispose ainsi que *« toute personne directement affectée par l'épidémie doit rester partie intégrante de sa communauté avec le même droit au travail, au logement, à l'éducation, aux services sociaux, avec le droit au mariage, à la liberté de mouvement, de croyance et d'association, avec le droit au conseil, aux soins et au traitement, à la justice et à l'équité »* (principe n° 5). Ainsi, toute personne vivant avec le VIH doit être considérée comme un concitoyen à part entière. Il a droit au respect de sa dignité⁸⁷, c'est dire que toute attitude d'exclusion doit être bannie et la vie privée du malade doit être respectée et toute personne étant au courant de sa maladie doit respecter la confidentialité comme le souligne l'article L. 1110-4 du Code français de santé publique.

56. Par ailleurs, le respect du principe de confidentialité est un « couteau à double tranchant » car le médecin qui a le secret de l'affection de la personne n'est pas tenu de le divulguer et le malade non plus n'est pas obligé d'informer ses partenaires de sa maladie. Il se

⁸⁶ Amsatou Sow Sidibé : « Étude sur le secret médical d'aujourd'hui », article consulté en ligne sur <http://www.afrilex.u-bordeaux4.fr/pdf/2doc6sidibe.pdf>, le 24 août 2011, p. 3.

⁸⁷ Article L.1110-2 du Code de santé publique français « la personne malade a droit au respect de sa dignité ».

pose ainsi le danger de transmission de la maladie. Il en est de même pour le dépistage qui est volontaire. A cet effet, imposer celui-ci à la population est une atteinte grave aux libertés individuelles. Cependant, ne pas appliquer le dépistage obligatoire constitue un risque énorme pour la santé de la population, surtout dans le contexte africain marqué par un taux élevé d'analphabétisme⁸⁸. En effet, seules les femmes enceintes font l'objet d'un dépistage obligatoire, au Sénégal⁸⁹. Ainsi, lors de ces dépistages, on se rend compte que beaucoup de femmes sont porteuses du virus du VIH, transmis le plus souvent par leurs conjoints.

57. En outre, dès lors que le dépistage n'est pas obligatoire, les Etats africains doivent donc miser sur la communication et l'information afin d'amener la population à se faire volontairement dépister. Cette sensibilisation par l'information et la communication peut aussi permettre d'éradiquer l'image du « Sida tabou » ou du « Sida, symptôme de la honte » de la pensée de la population de sorte qu'il puisse être considéré comme toute autre maladie. Egalement, l'accessibilité à l'information sur cette maladie peut encourager le dépistage et pousser les malades à s'affranchir des contraintes liées à la société et à aller se faire soigner. Elle peut aussi inciter les personnes vivant avec la VIH de participer activement à la sensibilisation de la population sur les comportements à avoir pour éviter cette maladie. Cette déclaration, telle que nous venons de voir, est capitale dans le cadre de l'accès aux soins des malades vivant avec le VIH et de leur bien-être dans la société africaine.

b) La Déclaration de Dakar de 1998 sur le VIH dans les prisons africaines:

58. Cette déclaration a été adoptée par les représentants des administrations pénitentiaires, les ONG spécialisées dans la lutte contre le Sida et les institutions médicales spécialisées. Les participants ont ainsi émis le souhait de promouvoir le respect du droit à la santé des personnes détenues en particulier à travers la mise en œuvre du principe

⁸⁸ C'est d'ailleurs ce qui explique que très peu de personnes vont vers les centres agréés pour se faire dépister, ajouté à ceci la crainte d'être reconnu porteur du VIH.

⁸⁹ Le dépistage au Sénégal est gratuit et obligatoire pour la femme enceinte dans le souci de protéger l'enfant qu'elle porte et de le suivre dès sa naissance s'il est atteint de la maladie.

d'équivalence des soins en milieu carcéral avec ceux offerts à l'ensemble de la population. Ils ont aussi émis le souhait de vulgariser les directives de l'OMS sur le Sida dans les prisons notamment les éléments essentiels de mise en place d'un programme efficace de prévention à l'attention des détenus et des personnels pénitentiaires...

59. La prison est un lieu propice au développement du VIH. Cet aspect s'explique par beaucoup de facteurs dont la surpopulation carcérale. La surpopulation des prisons africaines constitue un facteur déclencheur de plusieurs maladies tel que le VIH. Pour s'en convaincre prenons l'exemple de la prison de Rebeuss (Dakar) qui comptait, au 24 octobre 2011, 1834 détenus⁹⁰. Ses pensionnaires sont à l'étroit, dans une sidérante promiscuité. Les pièces les plus grandes font environ 10 mètres de long sur 5 m de large pour 3 m de haut. Prévues pour 40 détenus, elles en accueillent parfois 100 à 120 détenus⁹¹. Cette promiscuité, associée au manque de contrôle sanitaire et d'information des détenus est à l'origine du taux élevé de prévalence de l'infection du VIH dans les prisons. Malheureusement, on note une absence de réelles politiques de la plupart des gouvernants africains pour assurer l'accès aux soins de la population carcérale, comme si cette dernière en la privant de sa liberté d'aller et de venir perdait ses droits fondamentaux. Par ailleurs, il faut rappeler que les détenus sont certes privés de liberté mais conservent leurs droits fondamentaux en particulier leur droit à la santé⁹². C'est en ce sens que la déclaration de Dakar sur le VIH/Sida dans les prisons africaines est symbolique car faisant état d'un droit longtemps marginalisé en l'occurrence le droit aux soins des détenus.

60. Les participants de cette conférence ont exprimé leur ferme volonté de promouvoir le respect du droit à la santé des personnes détenues, à travers la mise en œuvre du principe de l'équivalence des soins en milieu carcéral avec ceux offerts à l'ensemble de la population. Le grand paradoxe est cependant de savoir comment assurer l'accès aux soins des

⁹⁰ Daouda Mine, « Voyage au cœur des prisons de Dakar », source www.xibar.net, consulté le jeudi 3 novembre 2011, 18h 34, p 2.

⁹¹ Ces conditions inhumaines sont dénoncées au quotidien par tout le monde, que ce soit les médias ou les organisations de défense des droits de l'homme, telle que Amnistie Internationale. Mais cela semble ne pas être entendu car aucun pays ne respecte les normes imposées dans ce cadre. Le détenu continue toujours d'être considéré comme un hors la loi pour qui aucune faveur ne doit être accordée.

⁹² Anne-Marie Duguet, art. cit., p. 129.

personnes détenues à travers la mise en œuvre du principe de l'équivalence en sachant qu'aucun pays africain n'est en mesure d'assurer le minimum de soins à sa population « libre ». Mais également, un détenu a-t-il la possibilité d'exprimer le libre choix du praticien et du diagnostic et de l'établissement de soins⁹³? Nous pensons que non. Au Sénégal, il existe très peu de services spécialisés dans la prise en charge des détenus malades⁹⁴. A notre connaissance aucune prison sénégalaise ne dispose d'un vrai centre de soins. Donc le premier principe posé par cette déclaration à savoir « la mise en œuvre du principe de l'équivalence des soins en milieu carcéral avec ceux offerts à l'ensemble de la population » est une utopie ou un simple « vœu pieux ». Tout de même des efforts ont été entrepris dans le cadre de l'éducation des détenus à la santé afin de réduire les risques de contamination du Sida. Mais aussi d'aider les détenus vivant avec le Sida d'avoir accès aux médicaments antirétroviraux gratuitement. Cependant, nous estimons que la solution doit être toute autre c'est-à-dire accorder une liberté même conditionnelle aux détenus vivant avec le VIH car cette maladie ne peut pas s'accommoder avec les conditions d'incarcération dans les prisons⁹⁵. Laisser un malade vivre en prison avec le Sida c'est le conduire tout droit à la « tombe ». L'exemple le plus patent est le cas d'un détenu qui a rendu l'âme à la veille de son procès au pavillon spécial de l'hôpital Aristide Le Dantec⁹⁶. « D'après son avocat, au moment où on plaçait son client sous mandat de dépôt à la Maison d'arrêt et de correction de Rebeus, il vomissait du sang. Son avocat, ayant remarqué son état de santé, avait alors introduit une demande de liberté provisoire qui a été rejetée. Il était ainsi retourné en prison et son état de santé avait empiré, poussant l'administration pénitentiaire à l'évacuer au pavillon spécial où il est décédé »⁹⁷. Par ailleurs même si ce décès n'est pas lié au Sida, il permet tout de même de ce rendre compte des conditions de détention dans les prisons africaines. Cette illustration reconforte le point de vu d'Anne-Marie Duguet selon lequel « *la population carcérale est une*

⁹³ L'article 4 de loi du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière considère le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement en un « principe fondamental ».

⁹⁴ Il s'agit du pavillon spécial de l'hôpital le Dantec et de celui de l'Hôpital Principal de Dakar.

⁹⁵ CEDH, 14 novembre 2002, n° 67263/01, Mouisel c/ France, Les grandes décisions du droit médical, sous la direction de François Vialla, LGDJ 2009, p. 44 et s. Il s'agit là de l'inconciliabilité entre l'état de santé du requérant souffrant du cancer avec la détention.

⁹⁶ Le pavillon spécial de l'hôpital Aristide Le Dantec est un service qui accueille les personnes malades en détention.

⁹⁷ Le journal « l'Observateur » du vendredi 22 juillet 2011, consulté sur le site <http://www.seneweb.com/> le 23 juillet 2011.

population vulnérable dont l'état de santé est fragilisé par la précarité qui précède l'incarcération »⁹⁸.

En outre, on remarque bien que la prévalence de l'infection du VIH dans les prisons est supérieure à celle observée pour la population générale. Pour ce faire, les autorités sanitaires au-delà d'une simple déclaration d'intention doivent mettre en place au niveau des centres de détention des programmes de prévention et favoriser l'accès aux médicaments et aux soins pour des personnes vivant avec le VIH. Des libertés conditionnelles doivent être envisagées à l'égard des personnes souffrant du Sida, tout en assurant leur suivi médical.

61. En définitive, l'Etat du Sénégal a réaffirmé son attachement à la santé de la population à travers son adhésion dans de nombreux organismes internationaux. Ainsi, pour mieux adapter les principes posés par ces organismes aux réalités du pays, de nombreux lois et règlements ont été consacrés en matière de santé publique par le législateur et l'autorité exécutive.

⁹⁸ Anne-Marie Duguet, « L'accès aux soins en détention », Actes du Colloques n° 8 des 19 et 20 novembre 2009, *L'accès aux soins : principes et réalités*, sous la direction de Isabelle Poirot-Mazères, Presse de l'Université Toulouse 1 Capitole, janvier 2011, p. 129.

Section 2 : Les lois et règlements nationaux en matière de santé publique au Sénégal.

62. Les proclamations internationales sont certes importantes mais pas suffisantes en elles-mêmes pour prendre en compte tous les aspects liés à la santé. C'est pourquoi des lois et règlements nationaux ont été aménagés dans le domaine de la santé. Si la loi est définie comme « *une règle écrite, générale et permanente, adoptée par le parlement dans son domaine de compétence* » (article 34 de la Constitution française), le règlement quant à lui « *est un acte de portée générale et impersonnel édicté par les autorités exécutives compétentes. Ce pouvoir est confié au premier Ministre, mais le chef de l'Etat qui signe les décrets que la constitution réserve à sa compétence et ceux qui ont été délibérés en conseil des ministres* » (l'article 21 de la Constitution française de 1958)⁹⁹. Il faut rappeler que le domaine sénégalais de la santé est régi par des textes épars relevant en général de ces lois et règlements.

63. En effet, un Code de santé publique aurait dû contenir l'ensemble de ces textes juridiques nationaux et internationaux. Mais il faut rappeler avec regret, que jusqu'au moment où ces lignes sont écrites, le Sénégal ne dispose pas de Code de santé publique malgré qu'un projet en ce sens ait été confectionné. Ce sont les dispositions du Code de Santé Publique français étendues aux colonies durant la période coloniale en l'occurrence la loi 54-418 du 15 avril 1954 portant Code de la Santé Publique dans les Territoires d'Outre-mer qui est toujours en vigueur au Sénégal. Cependant, les dispositions de la loi de 1954 ont été beaucoup améliorées au fil des années avec l'adoption des textes à vocation générale (Paragraphe 1) mais consacrant la santé et avec l'adoption des textes spécifiquement consacrés au domaine de la santé (Paragraphe 2).

⁹⁹ L'article 67 de la Constitution sénégalaise fait état de la loi mais ne procède qu'à une simple énumération en disposant que : « la loi fixe les règles concernant les droits civiques et les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, [...] ; elle détermine les principes fondamentaux : de l'organisation générale de la défense, du régime de propriété, des droits réels et des obligations civiles et commerciales, du droit du travail, du droit syndical et de la sécurité sociale [...] ; alors que le règlement qui n'a pas été du tout défini relève à l'image de la Constitution française du pouvoir du premier Ministre (article 57), mais c'est au Président de la République que revient le pouvoir de signer les ordonnances et les décrets (article 43).

Paragraphe 1 : Les textes à vocation générale.

64. L'obligation de veiller à un meilleur état de santé de la population s'impose à l'Etat, aux collectivités locales et à tous les autres acteurs intervenant dans le domaine de la santé y compris le secteur privé. Le droit à la santé devient, avant tout et depuis 2001, un droit constitutionnalisé et dont le respect s'impose à tous. Voyons donc les dispositions constitutionnelles aménagées à cet effet.

A : Le droit à la santé : un droit proclamé par la Constitution.

65. Le droit à la santé est un droit complexe, qui correspond à ce que l'on peut appeler un droit-carrefour. Il y a plusieurs conceptions du droit à la santé. On peut ainsi distinguer d'une part, les conceptions classiques où on oppose une définition restrictive de ce droit représentée par le droit à l'accès aux soins de santé à une définition extensive constituée par le droit au bien-être ; et d'autre part, la conception moderne avec la notion de protection de la santé constituée notamment de celle de sécurité sanitaire¹⁰⁰ et de celle de culture sanitaire¹⁰¹. Ainsi, ce droit quoique controversé, voire irréalisable sera pris en compte par la Constitution du Sénégal.

66. La Constitution est la charte fondamentale d'un pays et toutes les normes juridiques se réfèrent à elle. « Loi des lois¹⁰² » comme l'affirme Jean Gicquel dans son

¹⁰⁰ Maud Lelievre, *Entre santé et environnement, l'émergence d'un nouveau droit de la sécurité sanitaire fondé sur la précaution*, Thèse de doctorat de l'Université de Paris 8, septembre 2005, p. 2.

¹⁰¹ Michel Bélanger, op. cit., p.102 et s.

¹⁰² Jean Gicquel et Jean-Eric Gicquel, *Droit constitutionnel et institutions politique*, 24^{ème} édition, Montchrestien 2010, p.182.

ouvrage coécrit avec Jean-Eric Gicquel, la constitution à l'image du pacte national obéit au rythme binaire, en ce sens qu'elle fixe, d'une part, le mode de désignation des gouvernants ainsi que leurs compétences, et détermine, d'autre part, les droits et libertés des gouvernés. Celle qui est en vigueur au Sénégal a été adoptée par référendum suite à l'alternance politique de février 2000 qui a porté Abdoulaye Wade au pouvoir. Trois dispositions fondamentales dans cette constitution concernent de manière directe les droits et devoirs en matière de santé publique. Il s'agit des articles 8, 16 et 17, au-delà bien entendu des dispositions du préambule¹⁰³. L'adhésion du Sénégal à l'OMS en octobre 1960 va conforter son objectif de haute facture qui est la santé de la population. L'OMS se réjouit de cette consécration par le Sénégal du droit à la santé en droit constitutionnel. Le législateur sénégalais à travers cette valeur suprême accordée à ce droit fondamental, témoigne de la rigueur avec laquelle l'Etat entend assurer à tout sénégalais le bien-être physique moral et social, ne consistant pas seulement à une absence de maladie, conformément à la définition donnée par l'OMS.

a) Le Préambule de la Constitution¹⁰⁴.

67. Le Préambule de la Constitution sénégalaise énonce que le peuple du Sénégal proclame solennellement son indépendance et son attachement aux droits fondamentaux tels qu'ils sont définis dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 et dans la Déclaration Universelle de Droit de l'Homme du 10 décembre 1948. La fameuse déclaration de 1789 qui précède la Constitution du Sénégal est tellement « universelle » qu'elle a pu être exportée partout à travers le monde. C'est grâce à elle que les droits de l'homme ont acquis une valeur juridique universelle. Mais pour éviter que l'abstraction ne nuise à l'efficacité on a complété la déclaration de droit par des garanties plus concrètes comme les droits sociaux correspondant à la dernière génération des droits¹⁰⁵. Les droits de

¹⁰³ Il faut préciser qu'au Sénégal le droit à la santé est proclamé par la Constitution (article 8), il relève donc de la compétence exclusive du pouvoir constituant, tout en laissant au législateur et à l'administration le soin de garantir celui-ci (article 67 de la Constitution).

¹⁰⁴ Le Lexique des termes juridiques (19^{ème} édition, Dalloz 2011) définit le Préambule de la Constitution comme « la déclaration des droits, précédant généralement une Constitution, qui annonce les droits des individus face à l'Etat ainsi que les principes fondamentaux nécessaires à leur garantie ».

¹⁰⁵ Ciré Camara, *Les avatars du droit à la santé : l'exemple du Sénégal*, Mémoire de DEA, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, année 2004-2005, p.12.

l'homme qui sont énumérés dans le préambule ont été sans cesse enrichis. A cet effet, le Préambule de la Constitution sénégalaise proclame le respect et la garantie de plusieurs libertés et droits dont ceux des droits économiques et sociaux. La Constitution de 2001, en prévoyant ces droits qui sont posés plus explicitement par l'article 8, met au profit des citoyens des droits de créance sur l'Etat comme le droit à l'éducation ou le droit à la santé qui oblige celui-ci à créer des écoles et des hôpitaux. Tel est le premier fondement juridique du droit à la santé dans l'actuelle Constitution. Le Sénégal a ainsi reconnu ce droit par son attachement aux droits fondamentaux qui constituent le socle juridique du droit à la santé et surtout par la proclamation du respect et la garantie intangible des droits économiques et sociaux¹⁰⁶.

68. En outre, le préambule, qui est ce que l'on peut appeler une Constitution sociale¹⁰⁷, exerce une forte influence sur le corpus constitutionnel qu'une bonne partie de la doctrine française considère comme correspondant à la Constitution politique. Sous-jacente à la Constitution politique, la Constitution sociale lui commande toutes les dispositions. Ainsi, cette Constitution sociale définit les buts de l'Etat. Ce qui amène Bernard Chantebout à dire que « *l'Etat n'est qu'un moyen de réaliser un projet d'ordre social, son appareil s'adapte donc à l'évolution de ce projet* »¹⁰⁸. C'est ce qui explique l'étroitesse de la relation qui existe entre la Constitution politique et celle sociale. C'est en ce sens que ces droits proclamés dans le préambule exigent de l'Etat la création de services publics, d'où la nécessité de développer l'administration. Or, l'administration est le prolongement du pouvoir exécutif. Ainsi donc la reprise en des termes plus clairs et beaucoup plus détaillés ne relève pas du hasard mais plutôt d'une logique juridique avérée, celle-là même qui voudrait d'une part la présentation du projet social à travers la Constitution sociale et d'autre part la présentation des moyens devant permettre de réaliser cet objectif à travers les textes constitutionnels.

¹⁰⁶ De plus en plus, la constitutionnalisation des droits économiques et sociaux devient une pratique qui se généralise au niveau des États africains.

¹⁰⁷ Pour Hauriou la déclaration des droits est « *le texte constitutionnel de la Constitution sociale* ». Cette Constitution sociale d'un pays est « *à bien des points de vue plus importante que la Constitution politique*. Cf. Maurice Hauriou, *Précis de droit constitutionnel*, Sirey, 2^{ème} édition, 1929, p. 625-626.

¹⁰⁸ Bernard Chantebout, *Droit constitutionnel*, 28^{ème} édition, Sirey 2011, p. 23.

b) Le corpus constitutionnel.

69. La constitutionnalisation des droits économiques et sociaux devient une pratique qui se généralise de plus en plus au niveau des Etats. Le Sénégal n'a pas dérogé à cette tradition en proclamant le droit à la santé dans sa constitution. La nécessité de garantir au maximum l'effectivité des droits sociaux conduit les pouvoirs publics à les proclamer dans la norme juridique supérieure, en l'occurrence la constitution, norme que Jean Gicquel définit comme « *un ensemble de règles juridiques, élaborées et révisées selon la procédure spéciale et supérieure à celle utilisée pour la loi ordinaire* »¹⁰⁹. Il en résulte que la norme constitutionnelle est tout à la fois privilégiée et protégée : privilégiée, en ce sens qu'elle est unique en son genre ; protégée, dès lors qu'elle est hors d'atteinte des autres normes qui, par définition lui sont inférieures. Au total, la différenciation entre le pouvoir constituant¹¹⁰ et le pouvoir public auquel il donne naissance, débouche sur une hiérarchisation. Il s'en suit la mise en place d'un contrôle de constitutionnalité¹¹¹, de manière à ce que la loi élaborée par le parlement ou la règle édictée par l'exécutif s'incline devant la constitution¹¹².

70. Le Sénégal, en s'inspirant du modèle français, a proclamé par l'intermédiaire du constituant les droits et libertés en laissant au législateur et à l'administration le soin de les garantir. C'est ainsi que le droit de la santé est proclamé par les articles 8, 16 et 17 de la Constitution du Sénégal. L'article 8 pose le principe même du droit à la santé en énonçant : « *la République du Sénégal garantit à tous les citoyens les libertés individuelles fondamentales, les droits économiques et sociaux ainsi que les droits collectifs. Ces libertés et droits sont:*

- *le droit à la santé.*
- *le droit à l'environnement sain*
- *le droit à l'information plurielle [...]*

Ces libertés et ces droits s'exercent dans les conditions prévues par la loi ».

¹⁰⁹ Jean Gicquel et Jean-Eric Gicquel, op. cit. p.183.

¹¹⁰ Le pouvoir constituant a en charge l'élaboration de la Constitution.

¹¹¹ Le contrôle de constitutionnalité est une garantie de la Constitution ou l'ensemble des moyens juridiques destinés à assurer la conformité des règles de droit à celle-ci. A cette fin le Conseil constitutionnel exerce un contrôle maximal portant sur le fond et sur la forme.

¹¹² Bernard Chantebout, op. cit., p. 44 et s.

A la première lecture, nonobstant l'énumération des droits en général et du droit à la santé en particulier, on croirait n'être qu'en face d'une répétition pure et simple du préambule. Cette énumération clarifie cependant le sens à donner aux droits sociaux et écarte par la même occasion de manière irréversible la perception de ce droit en tant qu'un droit mythique. Ainsi l'énumération du droit à la santé parmi les droits sociaux garantis par la Constitution sénégalaise, le fait passer du mythe à la réalité en lui conférant une autorité juridique supérieure. Par ailleurs, certains auteurs comme André Demichel ont émis quelques réserves sur l'expression « droit à la santé ». Il considère la notion « droit à la santé » incorrecte voire inintelligible car aucune société ne peut garantir le droit à la santé, à moins de faire une sorte de promesse d'immortalité. Selon lui, il s'agit plutôt « *de droit aux soins* »¹¹³, propos qui sera réitéré par Michel Bélanger qui parlera plutôt « *de droit aux soins de santé* »¹¹⁴. Jacques Moreau considère ainsi que l'Etat n'a pas pour fonction d'assumer « *la santé, tâche évidemment impossible, même pour l'Etat providence, mais la protection de la santé* »¹¹⁵. C'est dire que l'expression « droit à la santé » ne signifie rien en elle-même. Mais selon Christophe Sauvat¹¹⁶, il ne s'agit en réalité que « *d'une question de vocabulaire, dans tous les cas il s'agira de protéger le plus souvent « l'objet du droit » en question et le droit à la vie est l'exemple concret car ce dont il est question, c'est de protéger la vie contre les atteintes des tiers et de l'environnement* ».

71. La Constitution ne se limite pas à poser le fondement du droit à la santé. Il va encore plus loin en soulignant la primeur d'un tel droit sur les libertés individuelles en consacrant à l'article 16 l'impératif de santé publique comme limite à certaines libertés. L'article 16 s'annonce comme suit: « *des mesures portant atteintes à l'inviolabilité du domicile ou la restreignant ne peuvent être prises que pour parer à un danger collectif ou protéger les personnes en péril de mort. Ces mesures peuvent être également prises en application de la loi, pour protéger l'ordre public contre les menaces imminentes, singulièrement pour lutter contre les risques d'épidémie ou pour protéger la jeunesse en*

¹¹³ André Demichel : *Le droit de la santé*, Éditions les Études hospitalières 1999, p. 20.

¹¹⁴ Michel Bélanger, op. cit., p.103.

¹¹⁵ Jacques Moreau, « Le droit à la santé », AJDA 1998, n° spécial, 20 juillet-20 août 1998, *Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ?*, p.185.

¹¹⁶ Christophe Sauvat, *Réflexion sur le droit à la santé*, Collection du Centre Pierre Kayser, Presses universitaires d'Aix-Marseille 2004, p. 31.

danger ». On peut donc lire à travers cet article l'importance et la priorité qui sont données au droit à la santé en général et à la santé publique en particulier sur certains droits comme celui de l'inviolabilité du domicile¹¹⁷. La dernière phase de la reconnaissance constitutionnelle du droit à la santé au Sénégal coïncide avec l'article 17 qui dispose: *« l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et en particulier celles vivant en milieu rural, notamment aux femmes le droit à l'allégement de leur condition de vie et l'accès à la santé et au bien-être »*. Cet article met en effet à la charge de l'Etat et des collectivités publiques une véritable obligation c'est-à-dire celle de créer un cadre permettant l'accès aux services de santé à toutes les couches de la population. Ainsi, c'est à l'Etat qu'incombe en premier lieu la création d'un tel cadre. Il doit donc répondre de manière satisfaisante à la problématique posée par la livraison des services à savoir leur disponibilité et leur accessibilité physique, géographique et économique. Le droit à la santé apparaît de ce point de vue comme un droit au profit de tous les citoyens en général, des femmes, des enfants, des personnes âgées et des handicapés en particulier. Il devient ainsi un droit de créance dont l'Etat est le débiteur. L'Etat est donc tenu d'honorer cette dette en concertation avec les autres acteurs non étatiques intervenant dans le domaine de la santé et du développement. Le « plan Sésame¹¹⁸ », qui a pour but effectivement la prise en charge des personnes âgées, que l'Etat vient de mettre en œuvre en est une parfaite illustration. On peut ainsi, réaffirmer avec certitude que l'Etat du Sénégal en adoptant le Plan « Sésame » vient de poser des bases concrètes de cette disposition constitutionnelle en l'occurrence le droit à la santé. La proclamation par la constitution du droit à la santé et sa mise en œuvre par le plan sésame en faveur des personnes âgées ne sont que le rallongement d'un principe déjà posé par la réforme hospitalière de 1998. Cette loi qui a transformé les hôpitaux publics sénégalais en établissements publics de santé avec comme mission le «service public hospitalier», dispose dans son article 8 que *« le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins »*.

¹¹⁷ L'inviolabilité du domicile est consacrée par l'article 164 du Code pénal sénégalais. Il dispose : *« tout fonctionnaire de l'ordre administratif ou judiciaire, tout officier de justice ou de police, tout commandant ou agent de la force publique qui, agissant en sa dite qualité, se sera introduit dans le domicile d'un citoyen contre le gré de celui-ci, hors les cas prévus par la loi, et sans les formalités qu'elle a prescrites, sera puni d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de 25.000 à 150.000 francs, sans préjudice de l'application du second alinéa de l'article 106.*

Tout individu qui se sera introduit à l'aide de menaces ou de violences dans le domicile d'un citoyen sera puni d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 25.000 à 1 00.000 francs ».

¹¹⁸ Décret n° 2008-381 du 7 avril 2008 instituant un système d'assistance « Sésame » en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus au Sénégal.

72. En outre, les articles 8 et 17 de la constitution de 2001 réaffirment avec d'autant plus d'engagement la prise en charge sanitaire de la population que les pouvoirs publics se sentent débiteurs de cette créance. Au demeurant, cela s'inscrit en bonne logique dans la perspective de beaucoup des textes que le Sénégal a adopté dont la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, la Charte de l'OMS, la Convention des Nations Unies pour le droit des enfants, pour ne citer que ceux-ci. Mais aussi, en application de ces dispositions internationales reconnues par la Constitution, plusieurs lois et règlements nationaux ont été édictés afin de permettre l'application de ces dispositions.

B : Le droit à la santé : un droit prévu par les différents Codes de protection sociale.

73. Le Sénégal ne disposant pas de Code de santé publique, plusieurs dispositions du droit à la santé vont être consacrées dans des textes épars mais où des questions de santé publique sont prises en charges avec beaucoup d'intérêt.

- Le Code de l'Hygiène¹¹⁹.

74. Etant défini selon le dictionnaire Littré comme « *l'ensemble des règles qui doivent être respectées pour conserver sa santé* », l'hygiène se trouve en amont de toute politique de santé. C'est ce qu'a compris le gouvernement sénégalais en prenant les problèmes de santé de prime abord sous l'angle de la prévention¹²⁰. L'extrait du discours du Président Abdou Diouf prononcé à l'ouverture des 12^{èmes} journées médicales de Dakar du lundi 18 janvier 1998 soulignait qu' « *en matière de santé, le gouvernement sénégalais privilégie les actions préventives, seules susceptibles de faire reculer rapidement les grands*

¹¹⁹ Le Code de l'hygiène est régit par la loi n° 83-71 du 5 juillet 1983. Il fixe un ensemble de règles d'hygiène publique qui sont contrôlées et sanctionnées par une police de l'hygiène.

¹²⁰ Elle constitue en réalité l'élément d'avant-garde de la santé.

fléaux avec les moyens à sa portée »¹²¹. C'est cette vision politique qui a amené la création d'un ministère de la santé, de la prévention et de l'hygiène publique¹²². Pour mieux sauvegarder la santé, l'hygiène individuelle doit être complétée par l'hygiène publique, l'assainissement du milieu afin de la rendre propice à l'épanouissement de la vie sous tous ses aspects: physique, mental, moral, individuel et collectif. Le présent Code d'hygiène se veut protecteur de la santé de la population. Ce qui répond aux exigences de l'OMS relatives au respect du droit à la santé.

A la lecture du titre premier du Code relatif aux règles d'hygiène publique notamment au chapitre premier consacré à la lutte contre les épidémies et les vaccinations contre certaines maladies transmissibles, il est clairement énoncé un réel souci de l'Etat de la protection et de la préservation de la santé de sa population. A cet effet, l'article 1 dispose que *« toute personne qui exerce, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soin appartenant aux catégories dont la liste est établie par le ministère chargé de la santé publique et du ministère chargé du travail, une activité professionnelle l'exposant à des risques de contaminations, doit être immunisée contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, la poliomyélite (...) »*. Ces mesures de protection quoique restreintes à une catégorie de personnes exposées, constituent une réelle affirmation d'un droit à la santé. L'article emploie le verbe devoir qui fait naître une vraie obligation juridique consistant à protéger la santé d'un groupe de personnes ciblées. L'article 5 quant à lui prévoit un contrôle sanitaire aux frontières en vue de prévenir la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles. Par ailleurs, ce contrôle doit être fait dans le respect des lois et règlements nationaux et internationaux.

75. L'accès à l'eau potable fera l'objet d'une attention particulière par le législateur lors de la rédaction de ce texte. L'obligation est donc faite pour que quiconque qui fournit de l'eau au public sous quelque forme qu'elle puisse être, soit tenu de s'assurer que cette eau est propre à la consommation (article 8 de la loi 83-71 portant Code de l'hygiène)¹²³. Ainsi, toute fourniture et utilisation d'une eau non potable est interdite. L'interdiction est

¹²¹ Le quotidien national d'information sénégalais « Le Soleil » du 18 janvier 1998, p. 2.

¹²² Décret n° 2009-539 relatif aux attributions du Ministre de la santé, de la prévention et de l'hygiène au Sénégal.

¹²³ Cette disposition est la même que l'article L.1321-1 du Code français de la santé publique.

aussi faite à la population de déposer ou jeter des eaux usées, des ordures, des excréments, de laver à grande eau les voitures (...) sur les voies publiques, de laver le linge et les ustensiles ménagers aux bornes fontaines¹²⁴ conformément aux articles 20 à 26 relatifs aux règles d'hygiène des voies publiques. Ainsi, le Code pénal dont l'article 10 de la loi n° 65-557 du 21 juillet 1965 portant Code des contraventions punit d'une peine d'emprisonnement allant de un jour à un mois et d'une amende de 200 à 20 000 Francs ceux qui auront embarrassé la voie publique, en y déposant ou en y laissant sans nécessité des matériaux ou des choses quelconques qui empêchent ou diminuent la liberté ou la sûreté du passage.

Le Code d'hygiène a tenu compte aussi de l'hygiène des plages en disposant qu'il est interdit d'abandonner sur les plages tout objet susceptible d'altérer la propreté des lieux, notamment des boîtes de conserve, des poissons ou des détritus. Il interdit aussi l'accès des plages aux chiens et aux autres animaux¹²⁵.

76. En ce qui concerne la police d'hygiène, l'article 60 dispose que les officiers de l'hygiène ou ingénieurs du génie sanitaire, les techniciens supérieurs du génie sanitaire, les sous-officiers de l'hygiène, des agents appartenant à des administrations autres que celle du service national de l'hygiène et qui ont été commissionnés par le Ministre chargé de la santé publique sont chargés de rechercher et de constater les infractions à la législation de l'hygiène. Le Code de l'hygiène constitue à cet effet, une avancée significative en matière de droit à la santé par la prévention. Mais, il est dommage de constater que très peu de ces dispositions sont respectées. On remarque par exemple que les plages de Dakar sont transformées en de véritables dépotoirs d'ordures, l'état des plages de Hann ou de Thiaroye-Sur-Mer est édifiant. Il n'est pas rare de voir dans la banlieue de Dakar, les riverains, faute de dépotoirs urbains d'ordures ménagers, creuser des fosses sur la voie publique pour enterrer les déchets

¹²⁴ Cette dernière disposition est une vraie utopie et pour s'en rendre compte demandez aux femmes des villages de la Casamance de ne pas faire le linge ou la vaisselle au niveau des bornes fontaines, c'est sûr qu'elles ne l'appliqueront pas car ces pratiques quoique peu hygiéniques entrent dans leur quotidien et que rien ne pourrait changer.

¹²⁵ Mais comment peut-on interdire l'accès des plages aux chiens sachant que la plupart des chiens qui élisent domicile aux plages sont des chiens errants dont aucune mesure concrète n'est prise par les autorités pour y remédier. Ces chiens constituent un danger permanent pour les usagers de ces plages. Les habitants de ces secteurs ne nous démentiront pas car leurs enfants sont fréquemment victimes des morsures de ces chiens souvent atteints de rage. Pire ces chiens empêchent l'accalmie de ces secteurs à cause des aboiements incessants pendant la nuit, troublant ainsi le sommeil des riverains.

ménagers. Actuellement, avec le retour ces dernières années des grandes pluies entraînant des inondations et des dégâts importants, on fait face dans ces zones à la recrudescence des maladies infectieuses. Celle-ci est en partie liée aux comportements que nous qualifions de non citoyens ».

77. Rappelons, en effet, que l'obligation pour l'Etat d'assurer un meilleur état de santé à sa population se traduit mieux par la mise en œuvre des mesures d'hygiène de proximité. Ces mesures permettent plus facilement aux citoyens d'assurer eux même leur propre santé et ce, grâce à l'éducation, à la communication et à la sensibilisation. Ce qui permettra à la population d'intégrer la notion « d'un corps sain dans un environnement sain ».

- Le Code de l'Environnement¹²⁶.

78. A l'instar du Code de l'Hygiène, le Code de l'Environnement contient aussi de nombreuses dispositions relatives, de manière directe ou indirecte, à la réalisation des objectifs de santé publique. La bonne gestion de l'environnement étant l'une des préoccupations des pouvoirs publics au Sénégal, le législateur a, à travers ce Code, ciblé un certain nombre de priorités, à savoir lutter contre les diverses formes de pollutions et nuisances (Titre II articles L 9 à L 57 de la loi 2001-01 du 15 janvier 2001). Ces normes concernent : les installations classées pour la protection de l'environnement (articles L 9 à L 27), les établissements humains (articles L 28 et L 29), la gestion des déchets (articles L 30 à L 43), les substances chimiques nocives et dangereuses (articles L 44 à L 47) etc.

79. Tous ces domaines cités constituent une grande nuisance à la santé humaine. En conséquence, la lutte contre de tels obstacles à la santé nous paraît en tout état de cause comme une reconnaissance implicite du droit à la santé. En effet, depuis la consécration par le préambule et l'article 8 de la constitution du 22 janvier 2001 d'un droit à un environnement

¹²⁶ Il s'agit de la loi n° 2001-01 du 15 janvier 2001 et du décret 2001-282 du 15 janvier 2001.

sain, il revient donc au législateur, au juge et à l'administration de créer les conditions de mise en œuvre de ce droit. Ainsi, quant au législateur, il rappelle dans quelle condition ce droit peut être mis en œuvre au Sénégal. Le Code de l'Environnement commence à cet effet, par la reconnaissance d'un droit à un environnement sain dans les conditions définies par les textes internationaux (article 1). La notion d'environnement sain correspond ipso facto à la santé, c'est-à-dire que l'exigence d'un environnement sain n'est qu'une mesure de protection de la santé, voire du droit à la santé. L'article 3 du même code nous conforte dans cette thèse en disposant que « *la présente loi a pour objet d'établir les principes fondamentaux destinés à gérer, à protéger l'environnement contre toute forme de dégradation afin de valoriser rationnellement l'exploitation des ressources naturelles, de lutter contre les différents types de pollutions et nuisances et d'améliorer les conditions de vie de la population dans le respect de l'équilibre de leur relation avec le milieu ambiant* ». En précisant l'objectif du Code de l'environnement, le législateur à travers cet article, fait ressortir son souci majeur qui est d'améliorer les conditions de vie de la population dans le respect de l'équilibre de leur relation avec le milieu ambiant en évitant toute pollution et nuisance.

80. Rappelons enfin que la santé est intrinsèquement liée à l'environnement. Ainsi, les principales causes d'altération de la santé trouvent généralement leur source dans l'environnement. La majeure partie des maladies auxquelles l'homme est confronté trouve leur source dans un environnement mal sain. Le droit à la santé et le droit à l'environnement constituent une suite logique et ininterrompue dans la longue marche vers la reconnaissance des droits de l'homme. En d'autres termes la violation du droit à l'environnement sain empêche la parfaite jouissance du droit à la santé. L'environnement a besoin d'être préservé pour que l'individu soit en bonne santé. C'est dans cette optique qu'est intervenu le Code de l'Environnement institué par la loi du 15 janvier 2001. Par ailleurs, l'objectif visé dans celui-ci aura toujours du mal à être effectif tant que les autorités n'accompagneront pas les textes adoptés d'une réelle volonté politique.

- Le Code du Travail¹²⁷.

81. Par souci de préserver la santé des travailleurs, le législateur édicte un certain nombre de dispositions dans le Code du travail visant à leur garantir le droit à la santé même si ce texte ne prend pas en compte toutes les réalités du monde du travail. En organisant les rapports entre l'entreprise et les travailleurs, le droit social¹²⁸ essaie de rectifier le déséquilibre existant entre le premier et le deuxième surtout en matière d'accès aux soins. Sachant que la survie de l'entreprise dépend des travailleurs, le législateur a donc édicté un certain nombre de normes protectrices à l'endroit de ces derniers. Même si certains lisent à travers ces mesures de protection, la volonté du législateur d'assurer la survie de l'entreprise et non pas directement la protection des droits du travailleur, le contenu de certains articles reflète une réelle affirmation du droit à la santé. Il est vrai que nul part dans le code précité il n'est noté « droit à la santé », mais de nombreuses dispositions organisent la protection de la santé des travailleurs.

82. Le travail est l'une des principales causes d'altération de la santé humaine, voire même de la réduction de l'espérance de vie¹²⁹, que ce soit par les horaires excessifs ainsi que les risques liés à l'environnement du travail. C'est pourquoi, le législateur a préféré accompagner le travailleur d'une protection particulière. Cette protection se manifeste par des mesures préventives imposant à l'employeur un certain nombre de précaution dont l'hygiène et la sécurité notamment dans le titre VI du présent Code. Le législateur dans le souci de veiller à la santé du travailleur a prévu une obligation de sécurité à la charge de l'employeur. Cette obligation est clairement spécifiée dans l'article 160 qui dispose que *« l'employeur doit faire en sorte que les lieux de travail, les machines, les matériels, les substances et les procédés de travail placés sous son contrôle, ne présentent pas de risques pour la santé et la sécurité des travailleurs »*. Il est même prévu des mesures de protection individuelle si les circonstances l'exigent notamment par l'usage d'équipements appropriés. L'employeur est

¹²⁷ Il est régit par la loi n° 97-17 du 1^{er} décembre 1997.

¹²⁸ Ce droit dont le droit du travail est l'une des branches traite à la fois la protection sociale de tout individu contre les risques sociaux et des relations individuelles et collectives nées du contrat de travail.

¹²⁹ Marisa Dias, *Santé et travail, le principe de précaution*, Thèse de doctorat, Université Paris 8, septembre 2005, p. 443.

tenu de vérifier l'état de santé des travailleurs en les soumettant à une surveillance régulière dans des conditions et suivant les modalités fixées par l'autorité administrative. Cette surveillance comporte un examen médical préalable à l'embauche et des examens périodiques. Il est de plus soumis à une obligation d'information car l'article 161-A du Code précise que *« tous les travailleurs doivent être informés de manière complète des risques professionnels existant sur les lieux de travail »*. Cette information leur permet d'évaluer les dangers auxquels ils sont confrontés et d'avoir la possibilité de faire respecter leur droit à la santé. Cette information leur permet aussi de recevoir des instructions adéquates quant aux moyens disponibles et conduites à tenir pour prévenir ces risques et se protéger. Ce qui donne le pouvoir de protéger eux mêmes leur propre santé en premier.

83. L'affirmation du droit à la santé nous paraît beaucoup plus explicite si on l'envisage du côté du travailleur. Ce principe confère, en effet, au travailleur le pouvoir de signaler immédiatement à son supérieur et à l'inspecteur du travail toute situation dont il a motif de penser qu'elle présente un péril grave, imminent pour sa vie ou sa santé. L'employeur est tenu de prendre sur le champ toute mesure utile pour faire cesser le péril en question. Tant que la situation persiste, il est interdit à l'employeur de maintenir à son poste de travail le salarié exposé. Il est également prévu l'organisation par l'employeur d'un service de médecine du travail dans l'entreprise à l'intention de tous les travailleurs. Ce service est implanté sur les lieux du travail ou à proximité de ceux-ci destiné à assurer la protection des travailleurs contre toute atteinte à la santé.

84. L'affirmation du droit à la santé dans le domaine social n'est pas confinée au strict respect préventif car le Code du travail, plus précisément la Convention collective nationale interprofessionnelle, organise également le domaine curatif. En effet l'article 67 de la présente Convention relatif à l'hospitalisation du travailleur malade précise *« qu'en plus des prestations auxquelles ils peuvent prétendre en vertu des dispositions légales et réglementaires concernant les services médicaux et sanitaires d'entreprises, les travailleurs hospitalisés sur prescription d'un médecin et sous le contrôle du médecin de l'entreprise bénéficient des avantages comme la caution et l'allocation d'hospitalisation. L'employeur a l'obligation de se porter caution pour garantir le paiement des frais d'hospitalisation du travailleur non affilié à un institut de prévoyance maladie. Lorsque l'employeur agissant à sa*

qualité de cautionnaire aura avancé les frais d'hospitalisation, le remboursement de la quote-part à la charge du travailleur sera assuré, d'accord parties, par retenues périodiques, après la reprise du travail, une allocation d'hospitalisation est versée dans la limite de la période d'indemnisation du travailleur égal à trois fois le taux honoraire du salaire de base minimum de la quatrième catégorie, par journée d'hospitalisation pour l'ensemble des travailleurs ». Cependant ces dispositions, quoique reconnaissant le droit à la santé et consacrant l'offre de soins à la faveur du travailleur, souffrent d'une réelle insuffisance du point de vue de leur domaine d'application.

85. Le Code du travail a pour principale limite son champ d'application. En effet, seuls sont pris en compte les travailleurs dont la situation est régie par le Code du travail. En sont de ce fait exclus les travailleurs du secteur informel pour qui les risques d'altération de la santé sont souvent les plus grands¹³⁰. Ainsi, le législateur sénégalais aurait tout intérêt à réglementer ce secteur pour mettre un terme à la discrimination concernant ces travailleurs. Ce qui permettrait ainsi d'élaborer un texte protecteur vis-à-vis de leur droit à la santé. Il y a en effet une réelle nécessité à les protéger contre leurs employeurs. Ainsi, les risques altérant leur santé devront être corrigés par la mise en œuvre d'un texte garantissant l'effectivité du droit à la santé reconnu aux travailleurs, fussent-ils même dans le secteur informel. La reconnaissance formelle du droit à la santé aux travailleurs participerait à leur dignité en tant que personnes humaines.

86. Par ailleurs, il est incontestable que la reconnaissance du droit à la santé des travailleurs témoigne de la volonté de l'Etat du Sénégal d'assurer à chaque citoyen le respect de ses droits fondamentaux¹³¹. Cependant, la réalité des textes ne coïncide pas souvent avec la réalité du contexte car les rares dispositions prises sont peu appliquées ou pas appliquées du tout. Malgré cette situation, il est indéniable que le Code du travail participe à la protection de la santé des travailleurs à l'instar de nombreuses dispositions législatives.

¹³⁰ Il s'agit du cas des commerçants des rues de Dakar.

¹³¹ Ciré Camara, op. cit. p 31

- Le Code des Collectivités Locales:

87. Eu égard à sa sensibilité et à sa place dans l'environnement socio-économique, le secteur de la santé fait l'objet d'une considération certaine, doublée d'une réelle prise en compte dans la politique locale du gouvernement amorcée depuis 1972. Ainsi, sur la base de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant Code des collectivités locales, l'Etat a effectué le transfert de certaines compétences aux collectivités locales dont la santé. Au fait, c'est dans ce domaine que la décentralisation est mieux perçue avec la gestion des structures de santé par la communauté. En effet, l'Etat qui avait en charge la gestion, le fonctionnement et l'entretien des structures de santé se désengage petit à petit au profit des collectivités locales. La réforme hospitalière venue deux ans plus tard, organisant l'hôpital sous forme d'entreprise avec un conseil d'administration dans lequel le président du Conseil Régional assure la présidence, en est une vibrante illustration.

88. La primauté des collectivités locales dans la recherche de la valeur législative du droit à la santé s'explique en second lieu par la clarté des textes. En effet, la loi portant Code des collectivités locales dans son deuxième chapitre relatif aux compétences de la région dispose à son article 25 : *« le Conseil Régional règle par ses délibérations les affaires de la région. La région a compétence pour promouvoir le développement économique, éducatif, social, sanitaire, culturel et scientifique de la région pour réaliser les plans régionaux de développement et organiser l'aménagement de son territoire dans le respect de l'intégrité, de l'autonomie et des attributions des communes et des communautés rurales »*. Il ressort donc de cet article que la promotion de la santé est une compétence transférée à la région par l'Etat. La loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales nous édifie encore plus par son chapitre III relatif à la santé de la population et de l'action sociale. Elle dispose : *« la région reçoit les compétences suivantes : la gestion et l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux. La gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé situés au niveau des communautés rurales, et enfin, la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène »* (article 31). Il en est de même pour la commune puisque l'article 32 dispose que *« la gestion l'entretien et l'équipement des centres de santé urbains ; la construction, la gestion ; l'entretien et*

l'équipement des postes de santé, des maternités et cases de santé ruraux » relèvent de sa compétence.

89. Les dispositions citées montrent que les collectivités locales sont également débitrices de l'obligation que génère le droit à la santé. Cette obligation se manifeste dans ces compétences transférées aux collectivités locales par l'Etat et qui touche aussi bien la création, l'organisation et le financement des établissements publics de santé, que la gestion, l'entretien, l'équipement des maternités, cases de santé et des postes de santé ruraux. En effet, l'autonomie des collectivités locales sous-tendue par le principe de l'intégralité¹³² qui voudrait une responsabilisation pleine se manifestant dans le domaine sanitaire par la prise en charge des questions de santé de la population locale, obéit également au principe de la concomitance qui voudrait que chaque transfert de compétences s'accompagne des moyens et ressources nécessaires à l'exercice normal de ces compétences. En effet, il est clair que ces dispositions reconnaissent un réel droit à la santé en précisant la nature et la portée de l'obligation qui en découle.

¹³² Ciré Camara, op. cit. p. 25.

Paragraphe 2 : Les textes spéciaux consacrés à la santé au Sénégal.

90. Beaucoup de droits et obligations ont été consacrés en matière de santé publique au Sénégal, mais dans des textes très épars. Pourtant, un Code de la santé publique en bonne et due forme aurait du contenir l'ensemble des dispositions relatives à la santé de la population. Cependant, jusqu'au moment où ces lignes sont écrites, le Sénégal ne dispose d'aucun Code de santé publique. C'est le Code de santé publique des territoires d'outre mer de 1954 qui s'applique toujours. Cette problématique doit être posée avant de se pencher sur les lois et règlements aménagés en matière de santé publique.

A : La loi portant Code de la Santé Publique dans les Territoires d'Outre-mer.

91. Les dispositions du Code de santé publique français ont été étendues au Sénégal durant la période coloniale, en l'occurrence la loi 54-418 du 15 avril 1954 portant Code de la santé publique dans les territoires d'Outre-mer. A son accession à l'indépendance, le Sénégal a procédé au maintien en vigueur de nombreux textes juridiques de droit français dès lors qu'ils ne sont pas contraires à la Constitution, aux lois et aux règlements nationaux. Cela obéissait au principe de la succession d'Etat en matière de règles juridiques. La Constitution du 7 mars 1963, plusieurs fois révisée, a reconduit le principe de maintien des lois non contraires. Des dispositions identiques sont insérées dans la Constitution du 22 janvier 2001. En effet, aux termes de l'article 107 alinéa 1 : *« les lois et règlements en vigueur, lorsqu'ils ne sont pas contraires à la présente constitution, restent en vigueur tant qu'ils n'auront pas été modifiés ou abrogés »*. C'est ce qui justifie l'application au Sénégal de ce Code colonial depuis 1960.

92. Il faut rappeler que de nombreuses dispositions de cette loi ont fait l'objet soit de modification soit d'abrogation. En effet, la situation actuelle du droit positif¹³³ sénégalais dans le domaine de la santé se caractérise par une dispersion et une absence de coordination. Des textes juridiques épars sont en vigueur chacun dans un secteur bien précis de manière cloisonnée. Toutefois, cette situation ne saurait perdurer dans la mesure où l'importance de plus en plus grandissante des problèmes de santé publique oblige à une codification des règles jusque là éparpillées dans des lois et règlements sectoriels. Les autorités semblent ainsi comprendre cela car un projet de Code de santé publique a déjà été élaboré.

93. L'idée de mettre en place un Code de santé publique au Sénégal a été émise depuis longtemps. Déjà un collecte de données législatives et réglementaires en matière sanitaire a été effectué par le professeur Wone et le professeur Lauture, aboutissant à la constitution en 1975 du document regroupant l'essentiel des textes législatifs et réglementaires en matière de santé au Sénégal. Ce travail de collecte va être poursuivi par des chercheurs comme Charles Becker qui, suite à la demande du Ministre de la santé, vont lui soumettre un rapport en août 2001 sous forme d'un ensemble de documents de 1850 pages. La constitution d'un tel corpus n'a pas été aisée, non seulement en raison de la dispersion des éléments, mais surtout à cause de la non publication d'un bon nombre de textes. Tout de même, elle a permis de rassembler les données les plus importantes relatives à la santé, formant ainsi un Code « virtuel » de la santé publique au Sénégal. Cependant, ces dispositions traînent beaucoup de carences. A côté des parties très développées, d'autres ne comportent qu'un seul texte, parfois assez vieux. On remarque aussi des rubriques vides, en particulier celles concernant les problèmes nouveaux de santé¹³⁴, le personnel auxiliaire de santé et le personnel paramédical. Pour les sages-femmes et les infirmiers, les seuls textes disponibles datent d'avant l'indépendance, alors qu'il n'y a pas de textes pour la plupart des autres personnels. Il n'y en a pas non plus sur les « tradipraticiens » et les phytothérapeutes¹³⁵. C'est

¹³³ Le droit positif est constitué par l'ensemble des règles juridiques en vigueur dans un Etat ou dans la communauté internationale, à un moment donné, quelle que soit leur source. C'est le droit « posé » comme l'indique le lexique des termes juridiques (18^{ème} édition Dalloz 2011) c'est-à-dire le droit tel qu'il existe réellement.

¹³⁴ Il s'agit des greffes, de la génétique, des tests, des essais vaccinaux, des essais thérapeutiques, de la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

¹³⁵ Charles Becker, « L'état de la codification sanitaire au Sénégal : vers un Code de la santé », Actes du Colloque International *Droit et santé en Afrique*, Dakar 28 mars-1^{er} avril 2005, les Études Hospitalières 2006, p. 61-63.

partant de ce constat qu'une vraie idée d'élaboration d'un véritable Code de santé publique s'est fait jour.

Le projet de Code de santé qui est déjà dans le circuit de codification a mieux cerné le cadre de réglementation des pratiques sanitaires au Sénégal en spécifiant les droits et devoirs des professionnels de santé et des usagers du système sanitaire. Il a également élaboré des dispositions sur les problèmes nouveaux de santé et des dispositions qui traitent les questions de recherche sur l'humain. L'organisation et le fonctionnement de l'offre de soins ont aussi été bien pris en compte ainsi que la collaboration des différents acteurs intervenant dans le domaine sanitaire. Les règles déontologiques jusque là en vigueur, parfois insuffisantes ou trop générales, ont été approfondies. La médecine traditionnelle principale nouveauté du système juridique sénégalais occupe une place de taille dans ce projet de Code¹³⁶.

En outre, ce projet de Code de santé publique est constitué de cinq grandes parties. Il s'agit : *Des principes fondamentaux* (Partie I), *De la politique et administration générale de la santé publique* (Partie II), *Des Professions de santé et leur régime juridique* (Partie III), *Des produits pharmaceutiques, produits de santé, articles et dispositifs médicaux* (Partie IV), *Des établissements et services de santé* (Partie V).

B : Le Code d'Éthique pour la Recherche en Santé¹³⁷.

94. Les conséquences tirées des actes barbares des médecins nazis en matière de recherche médicale sur l'humain ont été à l'origine de l'adoption du Code de Nuremberg¹³⁸. Ce Code en tant que corpus de préceptes déontologiques et de maximes morales¹³⁹ s'impose

¹³⁶ La Partie III, Livre 2 dudit projet de Code s'intitule : « De l'exercice de la médecine traditionnelle et du statut des tradipraticiens ».

¹³⁷ Le législateur sénégalais en instituant ce dispositif, ne cherchait pas à codifier l'éthique (tâche évidemment impossible) mais plutôt à mettre en place un Code réunissant les divers textes dans le domaine de la santé dont la normalisation a pris en compte une démarche éthique.

¹³⁸ Il a été élaboré au lendemain de la deuxième guerre mondiale en 1947, à la suite du jugement par le tribunal international de Nuremberg (Allemagne) des médecins et agents de santé publique accusés de s'être livrés à des expérimentations sur les prisonniers de guerre. L'objectif principal de ce Code est de mettre en avant le consentement du sujet pour toute expérimentation et recherche médicale.

¹³⁹ François Vialla et Philippe Amiel, « La vérité perdue du Code de Nuremberg : réception et déformations du Code de Nuremberg en France », RDSS n° 4, Dalloz 2009, p. 673.

aux expérimentateurs. Il s'agit d'un véritable code d'éthique dans le domaine de la recherche en santé. Le Sénégal, s'inspirant de ce Code, a adopté quoique tardivement, un Code d'Ethique pour la recherche en santé. Il s'agit de la loi n° 2009-17 du 9 mars 2009¹⁴⁰. Cette loi a pour objet de fixer les principes et les règles applicables à la recherche en santé (article 1). Ainsi, selon l'article 2 : *« la recherche en santé est un processus visant à obtenir une connaissance systématique et des technologies pouvant être utilisées pour améliorer la santé des individus ou des groupes de la population déterminés. Elle fournit une information de base sur l'état de santé ou des pathologies de la population ; elle vise à mettre au point des outils pour prévenir et soigner les maladies, en atténuer les effets, et concevoir des approches plus efficaces pour la prestation de soins de santé tant aux personnes qu'aux communautés »*.

Il faut rappeler que le but essentiel de la loi sur l'éthique pour la recherche en santé est de protéger les personnes impliquées dans la recherche en santé (article 1). Il a été consacré à ce titre, un chapitre 2 intitulé « principes éthiques de la recherche en santé ». Ainsi, toute recherche impliquant des sujets humains doit être menée dans le respect des principes énoncés à l'article 7 dudit Code ; il s'agit de 14 principes dont : *« le consentement libre et éclairé de la personne à l'étude, le respect de la dignité humaine et des droits de l'homme et un rapport « effets bénéfiques » sur « effets nocifs » favorable aux participants »*. Ainsi, conformément aux dispositions des articles 42 à 49, le non respect de ces principes peut faire l'objet de sanction disciplinaire, pénale ou pécuniaire.

95. En outre, la recherche en santé constitue selon les dispositions de ce Code, de la recherche épidémiologique, de la recherche biomédicale, de la recherche en médecine traditionnelle, de la recherche sur les systèmes de santé et enfin de la recherche en sciences sociales et humaines. Elle est réglementée par le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (article 3). Selon l'article 40, cet organe de régulation est doté d'une personnalité juridique et placé sous la tutelle administrative du Ministre de la santé et sous la tutelle financière du Ministre de l'économie et des finances. Un décret pris sur proposition du Ministre chargé de la santé, fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement du CNERS conformément à l'article 41 de la loi n° 2009-17 du 9 mars 2009. A cet effet, sera signé le 3 août 2009 le décret 2009-729 qui fixe les missions et attributions du CNERS

¹⁴⁰ Journal officiel du Sénégal n° 6479 du Samedi 11 juillet 2009.

(articles 2 et 3), sa composition (articles 4, 5, 6 et 7), son fonctionnement (articles 8 à 23) etc. Par ailleurs, il faut rappeler, qu'il existe déjà au Sénégal une instance d'évaluation d'éthique dans le domaine de la recherche en santé depuis 2001. Cette instance appelée Conseil National de Recherche en Santé (CNRS)¹⁴¹ a été créée à la suite des recommandations des assises nationales de la santé et de la prévention tenues les 4 et 5 juillet 2000 par l'arrêté 1422 du 2 mars 2001 qui distinguait au sein du CNRS une instance d'évaluation scientifique et une instance d'évaluation éthique. Il aura fallu donc attendre jusqu'en 2004 pour qu'un nouvel arrêté¹⁴² modifiant l'organisation du CNRS soit pris pour réunir ces deux instances en un organe chargé de l'évaluation scientifique et éthique des projets de recherche en santé menés au Sénégal.

C : La Charte du malade¹⁴³.

96. L'introduction de la Charte dans le système sanitaire sénégalais est une grande révolution car elle permet aux usagers des services sanitaires de connaître leurs droits mais aussi leurs devoirs, sans que personne n'ait besoin de leur apprendre. Il faut dire que ces droits et devoirs ont déjà été annoncés par la loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière dans ses articles : 4, 5, 6 et 7. A cet effet, l'article 5 nous annonce déjà qu'un arrêté du ministère chargé de la santé va établir un document intitulé « *Charte du patient : les droits et devoirs du malade vis-à-vis de l'établissement et des personnels et sera affichée dans tous les services de l'établissement de soins* ». Il faudra donc attendre en 2001 pour que cet arrêté voit le jour sous l'appellation « *Charte du malade dans les établissements publics de santé hospitaliers* ». Cette Charte est certes sectaire, mais importante dans la mesure où elle a permis de consacrer les droits fondamentaux des patients. Elle rappelle entre autres l'accès au service public sans discrimination (article 1), la prise en compte des personnes handicapées dans les aménagements des sites d'accueil (article 2), la qualité des soins (article 3), l'information des patients (article 4), l'accès au dossier médical (article 8) etc. Il a aussi été

¹⁴¹ Babacar Dramé, Charles Becker, Samba Cor Sarr : « Le Conseil National de la Recherche en Santé : naissance d'une instance d'éthique au Sénégal », Actes du Colloque International, *Droit et Santé en Afrique*, Dakar 28 mars-1^{er} avril 2005, Les Études Hospitalières, p. 175.

¹⁴² Arrêté 3224 du 17 mars 2004 du Ministre chargé de la santé et de la prévention médicale.

¹⁴³ Arrêté du Ministre chargé de la santé n°005776 du 17 juillet 2001 portant Charte du malade dans les établissements publics de santé hospitaliers.

rappelé aux patients leurs devoirs qui vont de la protection du patrimoine hospitalier (article 11), à la préservation et au renforcement de l'harmonie sociale au sein de l'hôpital (article 12), ainsi qu'au respect de ses voisins malades et des ses soignants (article 13).

Ces obligations sont la contrepartie pour les patients du respect de l'institution, de son personnel ainsi que des règles d'utilisation de ses ressources qui y prévalent. Ce que toute personne bien éduquée admise fait automatiquement, mais comme l'a si bien noté Denis R. Roy, *les patients admis ne sont pas tous bien éduqués*¹⁴⁴. C'est pourquoi, il a été nécessaire aux yeux des autorités de consacrer dans cette Charte les devoirs des usagers. Malheureusement, dans cette Charte, les usagers bénéficient de beaucoup de droits, mais peu d'obligations engageantes.

97. Il faut noter que l'appellation « Charte du malade » pose problème car elle ignore un pan important des services d'offre de soins et de ses usagers. A cet effet, cette charte est non seulement discriminatoire car, en ne se fiant qu'à sa simple appellation, elle ne s'applique qu'aux seuls établissements publics de santé hospitaliers en excluant expressément les autres établissements publics de santé et les établissements privés de soins, mais aussi contradictoire. En effet, il a été clairement dit dans la loi portant réforme hospitalière en son article 5 que le document qui va voir le jour s'intitulera « Charte du patient dans les établissements de soins¹⁴⁵ ». Mais, curieusement la Charte qui verra le jour en 2001 aura pour appellation « Charte du malade ». Partant de ce constat, nous pensons que cet arrêté portant « Charte du malade » doit être révisé car le concept « malade » ne prend pas en compte l'ensemble des usagers du service de santé. C'est pourquoi, Michel Bélanger dit préférer la notion de patient à celle du malade plus restreinte car selon lui la parturiente qui est expressément visée par le droit de la santé n'est pas nécessairement malade¹⁴⁶. A cet effet, cette Charte doit être appelée « Charte du patient », voire « Charte de l'utilisateur dans les établissements de santé » même si le mot Charte pose juridiquement problème dans ce contexte car comportant une confusion dans la nature même de l'acte en question selon

¹⁴⁴ Denis R. Roy, « Les droits et obligations des patients : la réponse des établissements de santé », *Revue générale droit médicale*, n° 13, Les Études Hospitalières 2004, p. 116.

¹⁴⁵ Cette appellation en effet, est beaucoup plus correcte car elle prend en compte l'ensemble des demandeurs des services de santé, parce que les malades ne sont pas les seuls usagers des établissements de soins mais a aussi un champ d'intervention beaucoup plus large car elle prend en compte tout établissement de soins sans distinction

¹⁴⁶ Michel Bélanger, *op. cit.*, p. 74.

Ibrahima Ly¹⁴⁷. Cette Charte n'est, certes, destinée qu'aux établissements publics hospitaliers et aux seuls malades, mais il n'est pas rare de voir dans les structures, mêmes petites, à l'image des cases de santé, la Charte collée au mur de l'établissement. En réalité ceci ne sert pas à grand-chose car les patients, souvent analphabètes, ignorent l'existence de cette Charte ou du moins ne comprennent rien à son sens, faute d'informations suffisantes imputable aux responsables de santé. Tout compte fait, le droit du patient est un droit fondamental reconnu par la Constitution, donc, la Charte qui prend en compte ce droit doit, à notre avis, être instituée au moins par un décret à défaut d'une loi et s'appliquer à l'ensemble des usagers des établissements de santé.

D : Les lois relatives à la profession de santé.

98. Malgré l'absence d'un Code de santé publique en bonne et due forme au Sénégal, le législateur a senti le besoin d'intervenir dans plusieurs domaines comme celui de la régulation de l'exercice de la médecine et de la réglementation de la pharmacie. En effet, dans le souci d'encadrer le secteur très sensible de la médecine, le législateur sénégalais est intervenu par la loi n° 66-69 du 4 juillet 1966 relative à l'exercice de la médecine et de l'Ordre des médecins¹⁴⁸. Cette loi s'inscrit dans le cadre de la santé publique en réglementant les conditions légales d'exercice de la médecine et en sanctionnant l'exercice illégal de la profession. Cette loi sera presque immédiatement appuyée par le décret n° 67-147 du 10 février 67 instituant le Code de déontologie médicale¹⁴⁹ et plus tard de l'arrêté n° 005776 du 17 juillet 2001 portant Charte du malade. On note également l'intervention du législateur dans le domaine pharmaceutique notamment avec l'institution de la loi portant exercice de la profession pharmaceutique et de l'Ordre des pharmaciens, en l'occurrence la loi n° 75-62 du 19 décembre 1975.

¹⁴⁷ Ibrahima Ly, op. cit. p. 37.

¹⁴⁸ Journal Officiel du Sénégal n° 3855, p. 861-865.

¹⁴⁹ Journal Officiel du Sénégal n° 3877, p. 321-325.

a) Lois et règlements relatifs à l'exercice de la médecine et à l'ordre des médecins.

99. L'exercice de la médecine est consacré par la loi n° 66-69 du 4 juillet 1966 relative à l'exercice de la médecine et à l'ordre des médecins. L'exercice de la médecine au Sénégal semble être ouvert à tous mais à condition de remplir un certain nombre de critères. Ainsi, conformément aux articles 1, 2 et 3 relatifs aux conditions légales d'exercice de la médecine, toute personne voulant prétendre à ce métier doit remplir les conditions à savoir : le titre de docteur en médecine, la nationalité, l'inscription au tableau de l'Ordre et l'autorisation ministériel pour les étrangers, l'autorisation d'exercer la médecine à titre privé etc. Ces articles accordent aussi des dérogations permettant aux titulaires de diplômes étrangers en médecine et à des médecins étrangers d'exercer la médecine mais sur autorisation du Ministre chargé de la santé. Par conséquent, sera poursuivie pour exercice illégal de la médecine toute personne n'ayant pas la qualité d'exercer la médecine, faute de diplôme, d'inscription au tableau de l'ordre, d'autorisation d'exercer la médecine privée, de remplir les critères de nationalité, ou des médecins qui sont sous une sanction pénale ou disciplinaire... (articles 4 à 11 de la loi 66-69). Les sanctions sont souvent d'ordre pécuniaire et les faibles sommes prévues à cet effet tournent autour 20 000 à 100 000FCFA. Il faut rappeler que les sanctions pénales sont rares et l'article 5 dispose que *« l'exercice illégal de la profession de médecin est sanctionné d'une amende de 20 000 à 100 000FCFA et d'un emprisonnement de un à 6 mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. En cas de récidive, les peines seront doublées et l'emprisonnement sera obligatoirement prononcé. Le tribunal pourra en outre priver l'intéressé des droits énumérés à l'article 35 du code pénal pour une durée de cinq ans au plus. Pourra enfin être prononcée la confiscation du matériel ayant permis l'exercice illégal »*.

100. L'exercice de la médecine privée par les médecins des services publics est également pris en compte par cette loi. Les dispositions de l'article 12 rappellent à cet effet que *« lorsque le conseil national de l'ordre aura constaté, par une délibération motivée, l'insuffisance du nombre de médecins privés dans une localité et pour une spécialité donnée et l'utilité de l'octroi d'une dérogation, l'autorité administrative pourra autoriser à titre temporaire et révocable un médecin appartenant au service public ou à l'assistance technique à exercer la médecine à titre privé en dehors des heures de service et des locaux administratifs »*. Par ailleurs, ces dispositions ne sont pas applicables aux membres du

personnel enseignant et hospitalier titulaire du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dakar dans le cadre de leur statut (article 13). Cette disposition est à l'origine de tous les abus de la part de cette catégorie de médecins qui favorisent beaucoup plus l'exercice de la médecine privée, que celle publique et cela même pendant les heures normales de travail. Cela se passe au su de tous et dans l'impunité la plus totale. Ce qui est regrettable, c'est que les autorités restent toujours muettes face à cette situation malgré que des voix se lèvent de part et d'autre. Ces faits sont relatés quotidiennement par la presse locale qui ne cesse de les dénoncer¹⁵⁰.

En effet toutes les autorités savent qu'il y a un désordre total dans la fonction publique, et qu'il faut trouver une solution à cela. La santé en constitue une et le préfet de Dakar, lors du séminaire d'échange entre les acteurs du système de santé sur le cumul des fonctions des médecins, le mercredi 23 novembre 2011, l'a bien rappelé. Il a également ajouté : « *on ne peut pas être employé de l'Etat et en même temps employé d'une structure privée* », ce qui selon lui pose un problème au niveau de la réglementation et de la performance de l'hôpital public¹⁵¹.

101. La loi de 1966 sur l'exercice de la médecine a été renforcée par le décret n° 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de déontologie médicale¹⁵². Le mot déontologie médicale est généralement considéré comme du néologisme formé de toute pièce par le philosophe anglais Jeremy Bentham (1748-1832) à partir de deux racines grecques que sont « déonto », le devoir et « logos », le discours¹⁵³. Il s'agissait initialement d'une science philosophique de la morale sans réelle application pratique. Mais très rapidement le mot va intégrer le langage professionnel, et spécifiquement celui des médecins, pour avoir un sens

¹⁵⁰ Le journal « le Quotidien » du mercredi 11 novembre 2009, p. 3 et le journal « L'AS » du mercredi 11 novembre 2009, p. 3. Tous ces journaux dénoncent les pratiques abusives d'un professeur de médecine exerçant à l'hôpital Fann qui demande à ses patients d'opter pour une consultation de médecine privée s'il souhaite rapidement le rencontrer et ce, dans l'enceinte même de l'hôpital.

¹⁵¹ Seneweb news, <http://www.seneweb.com/>, consulté, le jeudi 24 novembre 2011, 13h01.

¹⁵² Le décret n° 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de déontologie médicale est modifié par le décret n° 78-176 du 2 mars 1978.

¹⁵³ Dictionnaire du droit de la santé et de la biomédecine, sous la direction de Philippe Pédrot, Ellipses 2006, p. 139.

pragmatique très concret et désigner les devoirs liés à la pratique de l'art médical¹⁵⁴. La déontologie médicale se définit alors comme « *l'ensemble des devoirs qui s'imposent aux professionnels de santé dans l'exercice de la pratique médicale* ». Ainsi, le Code sénégalais de déontologie médicale, constitué de 73 articles, s'impose à tout médecin habilité à exercer la médecine au Sénégal selon les dispositions même de l'article 1. Ce Code est divisé en quatre grands titres, titre premier : les devoirs généraux des médecins (articles 2 à 24), titre deux : les devoirs des médecins envers les malades (articles 25 à 43), titre troisième : les devoirs des médecins en matière de médecine sociale (articles 44 à 72) et enfin le titre quatre consacré aux dispositions diverses (article 73).

102. Dans le titre 1 du Code de déontologie médicale qui rappelle les devoirs généraux des médecins, il est d'abord mis en avant le respect de la vie et de la personne humaine. Le respect de la vie n'est pas applicable seulement à la médecine mais à tous les domaines et de nombreux actes ont été posés dans ce sens comme l'évoquent les articles 1, 2, 4, 5 et 6 de la DUDH de 1789 relatives aux questions des droits de l'homme. L'article 3 rappelle le principe de l'égalité qui est un principe sacro-saint en matière des droits de l'homme mais aussi de non discrimination. La qualité des soins est aussi bien prise en compte car il faut rappeler que la finalité de la médecine est de guérir, ou à défaut, de soulager. Mais, cela ne serait possible sans une prise en charge de qualité. A cet effet l'article 4 dispose « *qu'en aucun cas, le médecin ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité de ses soins et des actes médicaux* ».

103. Dans le titre 2 consacré aux devoirs des médecins envers les malades, il est rappelé d'abord les obligations du médecin appelé à donner des soins à un malade. Ainsi, « *acceptant cette mission, il doit agir avec correction et aménité envers le malade et se montrer compatissant envers lui* » (article 25). Il doit également selon les dispositions de l'article 26 « *élaborer son diagnostic avec la plus grande attention sans compter le temps que*

¹⁵⁴ L'encadrement de l'art médical apparaît concomitamment avec les premiers textes de la médecine tant (Code d'hammurabi, circa 1750 av. J.-C.) qu'en Egypte (papyrus Hearst ou Ebers). C'est toutefois en Grèce sous l'influence des Asclépiades et de l'école de cos, que les devoirs professionnels ont été précisément déterminés dans le célèbre serment d'Hippocrate (circa 450 av. J.-C) dont l'influence marquera à jamais la déontologie médicale. Modernisé à la fin du XVIII^e siècle par le doyen Lallemand à Montpellier, ce serment aboutira au serment médical (1834) qui est prêté aujourd'hui encore par les jeunes docteurs en médecine lors de leur soutenance de thèse.

lui coûte ce travail ». L'article 27 qui évoque le devoir d'assistance morale envers le malade dispose également que « *le médecin doit limiter au nécessaire ses prescriptions et ces actes* ». Tel n'est pas toujours le cas au Sénégal où les actes mêmes bénins sont soumis à une obligation de faire des radios ou des scanners. Il n'est ainsi pas rare de voir des médecins orienter leurs patients vers les cliniques où ils interviennent.

Concernant les devoirs des médecins en matière de médecine sociale, l'article 44 dispose qu' « *il est du devoir de tout médecin de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé publique et pour organiser la permanence des soins là où il est nécessaire* » . Il est interdit aussi au médecin d'être à la fois médecin traitant et médecin contrôleur ou médecin expert et médecin traitant d'un même malade sauf cas d'urgence (article 48). Le médecin traitant, expert ou contrôleur est tenu à une obligation de secret (article 51 et article 54 alinéa 3) et à l'obligation d'informer de sa mission à la personne qu'il doit examiner (article 53).

104. Un autre point important est évoqué dans l'article 35, il s'agit de l'avortement¹⁵⁵. Il est clair qu'on ne doit procéder à cette méthode que pour des raisons thérapeutiques et uniquement lorsqu'il constitue le seul moyen susceptible de sauvegarder la vie de la mère¹⁵⁶. Cependant, il ne cesse d'avoir des scandales dans ce domaine. Ainsi, une femme nommée au poste de Ministre de la santé a été démise parce que les enquêtes de moralité menées sur elle ont prouvé qu'elle s'adonnait dans sa clinique à la pratique de l'avortement illégal. Pourtant l'article 305 du code pénal sénégalais interdit et sanctionne l'avortement à l'exception de celui lié au motif thérapeutique. A cet effet, il dispose « *quiconque par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle*

¹⁵⁵ L'application de l'interruption volontaire de grossesse n'a pas été relatée par le Code de déontologie médicale qui ne se limite qu'à l'interruption de grossesse pour motif thérapeutique alors qu'en France en dehors de ce cas, toute femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de grossesse. Cependant celle-ci ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse (art. L. 2212-1 de Code français de santé publique).

¹⁵⁶ La législation française n'utilise plus le terme « avortement thérapeutique » mais plutôt « d'interruption de grossesse pour motif médical » comme l'atteste le Code français de santé publique (art. L. 2213-1) ; mieux, contrairement au Code sénégalais de déontologie médicale qui conditionne l'interruption au seul motif d'atteinte à la vie de la mère, le Code français y ordonne aussi lorsqu' *il existe une forte probabilité que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moyen du diagnostic*.

ait consenti ou non, sera puni d'emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 20 000 à 100 000 francs ».

b) Les textes applicables à l'exercice de la profession pharmaceutique.

105. L'exercice de la profession pharmaceutique est régi par la loi n° 73-62 du 19 décembre 1973 portant création de l'Ordre des pharmaciens. L'Ordre des pharmaciens est un établissement public à caractère professionnel, doté d'une personnalité civile et de l'autonomie financière. Il a pour mission d'assurer le respect des devoirs professionnels ainsi que la défense de l'honneur et de l'indépendance. Il a à sa tête le Conseil national de l'ordre qui a son siège à Dakar. L'Ordre est constitué de pharmaciens de section A en l'occurrence les pharmaciens fonctionnaires, décisionnaire ou contractuels des services publics, et les pharmaciens de la section B qui sont dans le secteur privé (article 4 de la loi n° 73-62). Ainsi, selon l'article 1 du décret n° 74-139 du 11 février 1974 portant application de la loi créant l'Ordre des pharmaciens, celui-ci est placé sous la tutelle du Ministre de la santé publique. Egalement, ce dernier, conformément au décret n° 95-727 du 26 juillet 1995 fixant les critères de création et de répartition des officines, fixe chaque année par arrêté le nombre d'officines existantes et celles qui peuvent être créées par rapport aux chiffres officiels de la population de l'année en cours. Au niveau de chaque région et sur toute l'étendue du territoire national, le nombre d'habitants requis pour la création d'une officine de pharmacie est de 10.000 habitants. Toutefois des dérogations peuvent être accordées par le Ministre de la santé si les besoins de la population l'exigent.

L'exercice de la profession de pharmacie, à l'image de l'exercice de la médecine, au Sénégal est ouvert à tous mais à condition de remplir les critères de titre de docteur en pharmacie, de la nationalité, de l'inscription au tableau de l'Ordre, de l'autorisation d'ouvrir une officine, de l'autorisation ministériel pour les étrangers... Cependant, pour la création et la gérance des dépôts de médicaments le décret n° 92-1755 du 22 décembre 1992 abrogeant et remplaçant le décret n° 61-218 du 31 mai 1961 réglementant la création et la gérance des dépôts de médicaments donne autorisation à *« toute personne n'étant pas en activité dans la fonction publique et qui est titulaire soit d'un certificat d'aptitude professionnelle ou de brevet professionnel de préparateur en pharmacie, soit d'un diplôme d'infirmier d'Etat, soit*

d'un brevet de fin d'études moyennes ou un diplôme admis en équivalence et ayant satisfait à un stage dans une officine ou une pharmacie publique, soit d'un diplôme d'agent sanitaire, soit enfin d'un diplôme de technicien médical » (article 3). Ainsi, toute demande de création de dépôt doit être adressée au Ministre de la santé sous le couvert du préfet et il doit aussi être précisé l'adresse et l'emplacement du dépôt. En outre, il faut rappeler que l'exercice de la profession pharmaceutique est régi par le Code de déontologie des pharmaciens.

106. Le Code de déontologie des pharmaciens au Sénégal est régi par le décret n° 81-039 du 2 février 1981. Les devoirs généraux compris dans ce Code sont presque similaires à ceux des médecins (chapitre 1). Il s'agit principalement du respect de la dignité humaine, de la profession, de l'obligation de secours aux malades, du respect du secret professionnel etc. Aussi, conformément à l'article 7, les pharmaciens sont tenus de prêter leur concours aux services de médecine sociale et de collaborer à l'œuvre des pouvoirs publics tendant à la protection et à la préservation de la santé publique. L'article 10 est très intéressant dans le contexte sénégalais car interdisant la délivrance de certificat médical de complaisance. La délivrance du certificat médical fait l'objet de véritable commerce au sein des structures sénégalaises de santé.

107. Le certificat médical est souvent demandé pour passer certains concours ou examens sportifs. Mais les praticiens au lieu de procéder à un vrai diagnostic de la personne pour savoir s'il est apte ou non à telle ou telle activité, ne se limitent qu'à quelques questions du genre : avez-vous un problème de santé ? Dans votre famille y a-t-il quelqu'un qui a une maladie grave ? Tout en étant conscient que les réponses sont non. Ils délivrent, malgré le danger dont ils ont connaissance, le certificat médical moyennant une somme d'argent. A titre d'exemple, jusqu'en 2006, le service médical du centre des œuvres universitaire de Dakar délivrait les certificats médicaux sans aucun besoin de consultation moyennant une somme de 500FCFA pour les étudiants et de 1000FCFA pour les non étudiants. Ce comportement est connu de tous mais personne ne s'en offusque. Pourtant toute violation à ses obligations professionnelles est susceptible de sanction pour le praticien. A cet effet le Code de déontologie des pharmaciens dispose que les pharmaciens qui ont failli à leurs obligations peuvent être attrait devant le Conseil de l'Ordre et faire l'objet de sanction disciplinaire (chapitre 2 relatif à la responsabilité disciplinaire et d'indépendance professionnelle des

pharmaciens). Cependant, rares sont les cas où l'Ordre prend des mesures de sanction contre un membre du corps surtout pour des questions liées à la délivrance du certificat de complaisance ?

E : Les lois et règlements spécifiques aux hôpitaux publics.

108. L'hôpital joue le rôle le plus important en matière d'offre de soins. C'est l'institution par excellence sur laquelle l'Etat se base pour assurer à la population l'accès aux soins. Ainsi, le Sénégal dans son souci d'assurer une offre de soins de qualité et de manière suffisante à toute la population où qu'elle soit et quelque soit son niveau de revenu va entamer un certain nombre de réformes au niveau de l'hôpital. Il faut dire que seul le décret n° 74-1082 du 4 novembre 1974 réglementant les formations hospitalières, régissait le domaine hospitalier. C'est donc à partir de 1998 que de vraies dispositions sont prises pour organiser le secteur hospitalier. Il s'agit de la loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière¹⁵⁷ et de la loi n° 98-12 du 2 mars 1998 relative à la création à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé¹⁵⁸, ainsi que le décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé¹⁵⁹.

109. L'objet de la loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière est de revitaliser le service public hospitalier en redéfinissant ses missions¹⁶⁰ et en précisant les droits et devoirs des malades notamment en ce qui concerne la liberté de choix du médecin et de l'hôpital. Cette loi transforme les hôpitaux en EPS, permettant à ces derniers de fonctionner comme des entreprises (autonomie administrative et financière) afin d'offrir des soins de qualité au meilleur coût possible et d'un accès équitable à tous. Elle est constituée de cinq (5) chapitres qui traitent respectivement : les principes fondamentaux, les missions et

¹⁵⁷ Journal Officiel du Sénégal du 14 mars 1998, n° 594, p. 166-169.

¹⁵⁸ Journal Officiel du Sénégal du 4 avril 1998, n° 5794, p. 217-219.

¹⁵⁹ Journal Officiel du Sénégal du 12 septembre 1998, n° 5819, p. 567-570.

¹⁶⁰ Il faut noter que cette loi sur la réforme hospitalière qui transforme désormais les hôpitaux publics en établissements publics de santé n'a pas défini les EPS, mais a juste énuméré ses missions qu'on retrouve dans le chapitre II de ladite loi plus précisément dans les articles 8 et 9.

obligations des établissements hospitaliers, l'organisation et l'équipement sanitaires hospitaliers, les établissements publics de santé hospitaliers et enfin les établissements hospitaliers privés.

Il est important de retenir en résumé que les établissements publics hospitaliers « *assurent le diagnostic et dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs et de réadaptation que requiert leur état. Ils veillent à la continuité de ces soins à l'issue de leur admission, en liaison avec les autres structures de soins, les autres professionnels de santé (...), le service public hospitalier ne peut établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins* » (article 8). Il est particulièrement important aussi de faire état des établissements hospitaliers privés car pour la première fois l'Etat reconnaît à ces établissements de santé une mission de service public en confiant à certains d'entre eux une prérogative de service public (article 35). Tel fut le cas de l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès.

110. La loi n° 98-12 du 2 mars 1998, relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé, quant à elle aurait permis une certaine flexibilité dans la gestion de l'hôpital. Jusqu'à l'avènement de cette loi, les hôpitaux publics étaient en général des services administratifs ne disposant ni d'un cadre, ni des instruments de gestion adaptés à la réalisation de leur mission de production de soins, de biens ou de services. Désormais, créés soit par la loi soit par les collectivités locales (article 2)¹⁶¹, les établissements publics hospitaliers disposent de l'autonomie administrative et financière. Ils sont dotés d'un Conseil d'Administration, d'une direction, des services techniques et des commissions consultatives (article 3). Ils élaborent un budget annuel de fonctionnement et d'investissement. Ils collectent et disposent de l'ensemble des ressources générées par leur activité ainsi que celles qui leur sont affectées. Ils sont en outre placés sous la tutelle financière du Ministre chargé des finances et sous la tutelle technique du Ministre chargé de la santé. Ils sont dispensés de tout contrôle à priori (article 16). Selon l'article 2 de la loi 98-12 les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé sous réserve des dispositions de la présente loi sont fixées par décret.

¹⁶¹ Cette disposition est très confuse parce qu'il dispose que c'est la loi ou les collectivités locales qui créent les établissements publics de santé c'est-à-dire que l'Etat n'a aucune prérogative de création d'établissements publics de santé mais par contre il peut au même titre que les collectivités locales les supprimer.

111. Les lois sur la réforme hospitalière en vue de leur application effective vont être suivies du décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé. Selon ce décret, les établissements publics de santé sont responsables de leur gestion financière. Ils élaborent annuellement un budget de fonctionnement et d'investissement. Cependant, cette gestion est soumise au contrôle d'un contrôleur financier, fonctionnaire de l'administration publique mandaté par l'autorité centrale et mis à la disposition de l'établissement plus particulièrement du directeur. Il faut rappeler que le directeur représente l'établissement, assure la gestion générale et prépare les réunions du conseil d'administration (article 14), conseil qui définit la politique de l'établissement (article 5). Ce décret révèle que les membres des conseils d'administration des établissements de santé créés par l'Etat sont nommés par décret. Il s'agit des élus locaux, des personnalités qualifiées, des représentants des personnels, des représentants des commissions consultatives, des représentants des usagers, des représentants de l'administration et enfin des représentants des organismes de prévoyance sociale. Les présidents de conseils régionaux sont de droit présidents de conseil d'administration des établissements publics de santé hospitaliers de niveau 1 et 2. Les présidents de conseils d'administration des établissements publics de santé hospitaliers de troisième niveau et ceux des établissements publics de santé non hospitaliers sont choisis parmi les personnalités qualifiées (article 4).

112. En définitive, toutes ces dispositions prises, que ce soit sur le plan international qu'interne, n'ont pour but que d'assurer une offre de soins de meilleure qualité et de permettre à la population d'y avoir accès. Cette préoccupation au-delà d'une simple déclaration d'intention a bien été prise au sérieux par l'Etat du Sénégal. Celle-ci se justifie par mise en œuvre de véritables mesures d'application qui ont suivi l'adoption de ces lois et règlements nationaux et internationaux en matière de Santé, même si le manque de moyens ainsi que les mauvaises politiques d'orientation en matière sanitaire n'ont pas permis à ces mesures de rendre performant l'offre de soins. Tout de même, elles ont apporté une nette amélioration en matière d'offre et d'accès aux soins.

113. Le Sénégal dès son accession à l'indépendance a jeté les bases d'un processus de réflexions et d'actions dont le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) 1998-2007 sera l'un des aboutissements majeurs. Le Programme Intégré de Développement Sanitaire et Social (PDIS) constitue l'instrument de mise en œuvre des priorités du PNDS dans la période 1998-2002. Ainsi, plusieurs réformes du système sénégalais de santé vont prendre leur origine du PNDS dont celles qui réorganisent le ministère de la santé, les hôpitaux, les médicaments et les pharmacies. En ce titre, nous analyserons les différentes planifications (section 1) ainsi que les différentes réformes (section 2) mises en œuvre par le gouvernement en vue de l'application des dispositions prises en matière de santé publique en général et d'offre de soins en particulier.

Section1 : Les différentes planifications.

114. La planification sanitaire au Sénégal a connu une évolution depuis l'avènement des plans quinquennaux et quadriennaux de développement économique pendant les premières années d'indépendance. Cette planification qui a connu différentes phases va permettre d'identifier des objectifs en vue de l'amélioration de la couverture sanitaire de la population mais aussi d'identifier corrélativement des moyens devant couvrir les besoins de santé. Ainsi, l'Etat du Sénégal dès le début des années 60 a opté, pour relever le défi de santé, pour une approche de développement sanitaire par « projet » et c'est réellement à partir de 1998 avec le Plan National de Développement Sanitaire et Social qu'il adoptera une approche beaucoup plus globale du domaine sanitaire et social. Il s'agit de l'approche « programme » du développement sanitaire et social. A cet effet, la planification sanitaire au Sénégal s'articule essentiellement autour de ces deux phases à savoir une phase d'approche sectorielle du développement sanitaire de 1960 à 1998 (paragraphe 1) et une phase d'approche globale de développement sanitaire à partir de 1998 (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : Une approche sectorielle du développement sanitaire, de 1960 à 1998.

115. L'Etat du Sénégal pour faire face au défi de santé a, dès 1960, opté pour une approche de développement sanitaire par projet. Ainsi, au niveau central, le ministère de la santé va, pendant toute la période des années 60 aux années 90, à l'instar d'autres départements ministériels, planifier son secteur dans le cadre des plans quadriennaux et quinquennaux de développement économique et social à travers les commissions sectorielles régionales et de synthèses créées par le ministère du plan à l'époque. Le système de planification national a été le seul instrument de planification de tous les secteurs à l'indépendance du Sénégal avec en 1989 l'avènement de la planification sectorielle décentralisée. On remarque donc que jusqu'en 1989, le système de santé était découpé en circonscriptions médicales (CM) au niveau local avec comme répondant régional l'Inspection Régionale de Santé. Les postes de santé étaient le dernier maillon de la chaîne avec au sommet des hôpitaux dans quelques régions. Dakar ne disposait pas de deuxième maillon de référence (centres de santé) à l'exception du centre de santé de « Dominique » avec quelques rares postes de santé et quatre hôpitaux¹⁶².

Quant au niveau déconcentré, l'adoption en 1978 à Alma Ata du concept « des soins de santé primaires » qui a jeté les bases d'une stratégie axée sur la santé pour tous en l'an 2000, va sonner comme un glas dans les systèmes de santé des pays africains parce que l'ensemble des pays en développement ont adopté les résolutions de la conférence. L'adoption de ces résolutions va être suivie d'un important mouvement de réformes dans le domaine de la santé au Sénégal. Parmi ces réformes, il y a celle du système de santé avec la création du district sanitaire comme zone de planification. Ainsi, le ministère de la santé avec l'appui des partenaires (Banque Mondiale) a défini des normes nationales de planification autour du district sanitaire, préalable à une bonne planification dans un contexte de pénurie. En effet, le nouveau découpage du système de santé en districts met l'accent sur le centre de santé de référence et la notion de zone opérationnelle. Et, c'est autour de ce district, zone

¹⁶² Birahime Diongue, « Le secteur de santé au Sénégal : tendances, enjeux et orientations politiques », Éditions Forum Kurukan Fugan, avril 2008, p.3.

opérationnelle que se construiront les Plans départementaux de développement sanitaire et social (PDDS) et les Plans régionaux de développement sanitaire et social (PRDS).

116. Les Plans départementaux de développement sanitaire et social (PDDS) et les plans régionaux de développement sanitaire et social (PRDS) vont être élaborés pour couvrir la période 1991-1995 sur l'ensemble du territoire. Ainsi, sont nés les premiers plans de santé décentralisés couvrant le niveau opérationnel en l'occurrence le district. Un ensemble de mesures importantes ont été prises dont l'allocation budgétaire par district, la redéfinition du budget de la région médicale, la création de l'équipe cadre de district et de région et au niveau central le renforcement des directions et plus particulièrement celle de la Direction de la Recherche, de la Direction de la Planification et de la Formation. De nouveaux textes sur la participation de la population sont élaborés et des décrets de reconnaissance de comités de santé sont adoptés. La liste des médicaments essentiels à tous les niveaux du système de santé est établie avec des révisions tous les deux ans. Ainsi, la planification dans le cadre du PRDSS et du PDDS a eu le mérite de permettre un système national d'identification et de couverture des besoins, un drainage d'importantes ressources vers le district sanitaire et la région médicale, ce qui a permis la rénovation et la construction de nombreuses structures sanitaires ainsi que le relèvement de leur plateau technique à un niveau acceptable. Ces plans ont permis aussi de contribuer à la formation continue des personnels de santé et des membres des comités de santé. D'après l'évaluation de l'Institut de Santé et Développement (ISED) en 1996, le PRDS et le PDDS ont certes permis certains acquis mais ne semblent pas, dans l'ensemble, avoir réellement guidé l'action sanitaire et sociale dans les districts et régions médicales. Les principales raisons étaient liées au caractère très ambitieux des plans et aussi au caractère aléatoire de ses modalités de financement¹⁶³.

117. L'analyse des difficultés dans l'amélioration et la mise en œuvre des plans de développement sanitaire (PDDS et PRDS) a poussé l'Etat à mieux orienter le processus de planification mis en place dans le cadre du PNDS. D'abord les plans de 1991-1995 qui sont limités aux districts et aux régions ont ignoré le niveau central, ce qui va être corrigé par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) dont l'architecture est constituée par les

¹⁶³ Isamaïla Madior Fall, *Cours d'administration de la santé*, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, année 2004-2005, p. 2.

plans de développement des services centraux ainsi que le PRDS et le PDDS. Par conséquent, prenant les leçons des conséquences du caractère limité du PRDS et du PDDS, seront engagées à partir de 1995 les réflexions sur les grandes orientations avec la définition de ce que l'on a appelé les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire au Sénégal (NOPS) qui ont permis la traduction du PNDS en Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) sous tendu par une lettre de politique sectorielle (LPS)¹⁶⁴. Ainsi, le programme de développement intégré du secteur de la santé et de l'action sociale d'investissement sectoriel (PDIS) quinquennal (1998-2002) élaboré par le ministère de la santé, couvre les cinq premières années du PNDS dont il constitue les priorités. Le PDIS fait la synthèse des priorités dégagées par les plans de développement des régions, des districts (PRDS/PDDS) et le plan de développement des services centraux. Tous ces plans sont le fruit d'une étroite collaboration entre les services de santé au niveau des différents échelons et l'ensemble des partenaires au développement ainsi que la population et les autres secteurs. On passe ainsi, à partir de 1998, d'une approche de développement sanitaire par projet instaurée depuis l'indépendance à une nouvelle approche de planification plus globale appelée approche-programme.

¹⁶⁴ Isamaïla Madior Fall, op. cit. p. 2.

Paragraphe 2 : Une approche globale de développement sanitaire à partir de 1998.

118. Rompant avec l'approche de développement sanitaire par projet, le Sénégal s'est conformé aux normes de la communauté internationale qui a préconisé une nouvelle approche en matière de développement sanitaire appelée approche-programme et qui présente de nombreux avantages. Le gouvernement du Sénégal va ainsi adopter cette approche en 1998 dans le cadre d'une politique sectorielle plus générale qui devrait couvrir l'ensemble des secteurs de développement mais la priorité a été accordée à la santé et à l'éducation avec deux programmes que sont d'abord le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et le Plan Décennal de l'Education et de la Formation (PDEF) par la suite. Le PNDS sera donc préparé entre 1995-1998 avec l'ensemble des partenaires dans un contexte de réformes structurelles du secteur sur la base d'un nombre très important d'études entreprises sous la coordination d'un Secrétariat Permanent du PNDS¹⁶⁵. Le PNDS est donc un plan important sous tendu par de grandes réformes et qui a deux principes majeurs : la participation et le partenariat. En plus, ce plan a été réalisé dans le cadre de la consolidation de la décentralisation par l'adoption de nouveaux textes sur la régionalisation en 1996. Il sera renforcé par un second plan qui couvre la période 2009-2018 et qui, au-delà de la prise en compte des priorités contenues dans le premier plan, va beaucoup mettre l'accent sur la lutte contre la pauvreté.

A : Le Plan National de Développement Sanitaire et Social, 1998-2007 (PNDS 1).

119. Monsieur Ousmane Ngom en préfaçant le document du Plan National de Développement Sanitaire et Social du Sénégal en mars 1997 précise que *« l'objectif majeur du programme de développement sanitaire est donc de réaliser un état de santé satisfaisant pour chaque sénégalaise et chaque sénégalais quel que soit l'endroit où il se trouve. La*

¹⁶⁵ Il s'agit d'études sur les mutuelles de santé, les IPM, les ressources humaines, la politique pharmaceutique, le partenariat, la réforme des hôpitaux etc.

« *Santé pour Tous* » ne sera plus un slogan, mais une quête quotidienne mettant en avant la prévention et la pleine implication de la population »¹⁶⁶. De ces propos du Ministre de la santé de l'époque, on peut en déduire que l'objectif général du PNDS est d'améliorer le bien-être de la population, en particulier l'amélioration de son état de santé. Donc les résultats attendus dans l'exécution de ce plan ne peuvent être autre que la réduction de la mortalité et de la morbidité d'abord, la réduction de l'invalidité ensuite et l'éradication des problèmes sociaux enfin. Pour se faire le PNDS va identifier des problèmes prioritaires auxquels il faut trouver des solutions. Ces problèmes identifiés par le PNDS se ramènent au nombre de sept :

- la mortalité infanto-juvénile élevée ;
- la mortalité maternelle élevée ;
- l'indice de fécondité largement élevé ;
- la santé des adolescents rendue précaire par la grossesse précoce, les IST, le SIDA ;
- la persistance des endémies locales et leur aspect négatif sur l'économie nationale ;
- la recrudescence des affections à moins ou long terme ;
- l'accentuation de la pauvreté au sein des groupes sociaux vulnérables.

120. Face à ces problèmes prioritaires, les activités du PNDS s'inscrivent dans les onze orientations stratégiques retenues pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé.

- L'assainissement de l'environnement juridique et institutionnel du secteur de la santé.
- L'amélioration de l'accès aux services à savoir des soins économiquement disponibles et géographiquement accessibles.
- L'amélioration de la qualité des soins notamment par le relèvement des plateaux techniques.
- Le développement des ressources humaines.
- L'accroissement des performances des programmes de santé de la reproduction.
- Le renforcement du contrôle des maladies endémiques et leur surveillance.
- La promotion des mesures de protection individuelle pour l'hygiène et l'assainissement.
- L'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle.
- Le développement de la recherche opérationnelle.
- L'amélioration du cadre de vie des familles démunies et des groupes sociaux vulnérables.
- L'appui institutionnel au niveau central, régional et district.

¹⁶⁶ Ousmane Ngom à l'époque Ministre de la santé du Sénégal : PNDS 1998-1997, p.1.

121. Les nouvelles orientations des politiques de santé et d'action sociale, qui s'appuient particulièrement sur l'approche programme traduite à travers le PNDS, seront mises en œuvre dans le cadre du programme de développement intégré de la santé (PDIS) qui couvre une période de cinq ans (1998-2002). Ce programme est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies par le PNDS. Les objectifs visés sont : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile, la maîtrise de la fécondité etc. Toutes ces initiatives ont été accompagnées par d'importants investissements qui ont donné un visage nouveau au système sénégalais de santé. Les besoins en infrastructures sanitaires au moment du PDIS s'établissaient ainsi : un hôpital régional, quatre nouveaux centres de santé, cent cinquante et un postes de santé ruraux et quatre vingt quatorze postes de santé urbains. Il faut rappeler qu'en 1999 en termes de couverture passive, il y avait un poste de santé pour 11500 habitants, un centre de santé pour 175 000 habitants, un hôpital pour 545 800 habitants. Alors que l'OMS préconisait : un poste de santé pour 10 000 habitants, un centre de santé pour 50000 et un hôpital pour 150000 habitants¹⁶⁷. L'analyse de ses infrastructures de 1997 à 1999 pointe du doigt le déficit de couverture sanitaire et l'effort important à déployer pour atteindre les normes préconisées par l'OMS.

Le PDIS va ainsi permettre de réaliser les investissements qui dépassent de loin les prévisions au niveau du sous-secteur des hôpitaux. A titre d'exemples quatre hôpitaux dont un à Dakar ont été construits sans compter les réhabilitations importantes au niveau des hôpitaux¹⁶⁸. Le programme de construction de nouveaux centres de santé et la réhabilitation de centres existants ont été réalisés dans le respect des prévisions. En ce qui concerne les nouvelles créations de postes de santé, le taux de réalisation est d'environ 26% sur les 245 postes de santé initialement prévus¹⁶⁹. C'est dire que les besoins en poste de santé restent importants. Ce score timide reste à déplorer si l'on considère l'existence de zones encore très mal desservies surtout au niveau des zones frontalières comme Kolda, Tambacounda, Matam et une partie de la région de Louga. Il faut rappeler que les partenaires au développement avaient exprimé dès le départ leur réserve pour de nouvelles créations de postes de santé vu le

¹⁶⁷ Françoise Yandé Ndour, *Le problème de l'accès aux soins dans les stratégies sanitaires en Afrique : le cas du Sénégal*, Mémoire de Master en droit de la santé, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2006, p.13.

¹⁶⁸ Le CHU Fann, grâce aux réalisations du PDIS a bénéficié d'un nouveau service spécialisé en l'occurrence le service de l'ORL.

¹⁶⁹ Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), phase II : 2004-2008, République du Sénégal, Ministère de la santé et de la prévention médical, août 2004, p. 17.

déficit en personnel qui touchait les départements. Ce problème est plus visible dans les zones rurales où par exemple les femmes font recours aux matrones lorsqu'elles rencontrent des difficultés sanitaires et surtout lors des accouchements.

122. Le développement des ressources humaines et la lutte contre les maladies font partie des grandes priorités du PNDS et ce volet va connaître beaucoup de réalisation avec le PDIS. Les effectifs du ministère ont été mieux maîtrisés suite à une étude approfondie de la gestion des ressources humaines¹⁷⁰. Ces effectifs ont été sensiblement augmentés avec le respect du programme annuel de recrutement de 250 agents et par le biais de la contractualisation. La plupart de ces nouveaux agents ont été affectés dans les régions.

En ce qui concerne la lutte contre les maladies, les principales réalisations concernent les maladies ciblées dans le Programme de lutte contre les maladies endémiques (PLCME) en l'occurrence le paludisme¹⁷¹, la bilharziose¹⁷², l'onchocercose¹⁷³ et les IST/Sida¹⁷⁴. Ainsi, grâce au PDIS, les indicateurs épidémiologiques ont évolué favorablement, la transmission ayant baissé à un niveau qui ne pose plus réellement un problème de santé publique, surtout en ce qui concerne la bilharziose et l'onchocercose. Rappelons aussi que, dans le cadre de la lutte contre la dracunculose, une enquête réalisée en 1991¹⁷⁵ avait dénombré 1341 cas de ver

¹⁷⁰ Plan national de développement Sanitaire (PNDS), phase II : 2004-2008, op. cit., p.19.

¹⁷¹ Pour ce volet, les choses ont beaucoup évolué au cours du PDIS. Pendant cette phase l'accent a été mis sur la sensibilisation avec une nette implication des acteurs communautaires. D'importants lots de moustiquaires imprégnées ont été acquis avec le budget de l'Etat et l'appui du Japon. Egalement, la recherche et la surveillance épidémiologique (volets importants de la lutte contre le paludisme) ont bénéficié d'un appui important des partenaires au développement, notamment l'UCAD et l'IRD.

¹⁷² Pour la lutte contre cette maladie, un traitement de masse en faveur de la population des villages situés dans les zones hyper-endémiques a démarré au cours du deuxième semestre 2003.

¹⁷³ Dans ce domaine, les résultats obtenus depuis 1998 dans la zone d'endémie onchocerquienne sont concluants avec une couverture thérapeutique d'au moins 65% dans la quasi-totalité des villages éligibles ainsi qu'une couverture géographique de 100% chaque année.

¹⁷⁴ En matière de prévention contre le VIH/Sida, une réflexion pour la mise en place d'un cadre institutionnel plus adapté pour la lutte contre le Sida a été entamé en 2001 et a abouti à la création du Conseil National de Lutte contre le Sida doté d'un secrétariat exécutif. L'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux a augmenté les capacités de recrutement et a amorcé sa décentralisation. La gratuité du traitement pour tous les malades du Sida est décidée par les pouvoirs publics. On dénombre un peu partout à travers le pays des centres de dépistages dont les plus importants sont le Centre Ado de Guédiawaye, l'hôpital St Jean de Dieu de Thiès, Caritas Kaolack, ASBEF Louga et AS VIE Ziguinchor.

¹⁷⁵ PNDS – Phase II, op. cit., p. 22.

de guinée répartis dans 68 villages des districts sanitaires de Bakel, de Kédougou et de Matam. Après d'intenses activités de lutte, l'incidence annuelle de la dracunculose est tombée à zéro cas en 1998.

En outre, l'Etat va essayer de réajuster le Plan National de Développement Sanitaire et Social de 1998 en adoptant un deuxième plan qui couvrira la période 2009-2018.

B : Le Plan National de Développement Sanitaire et Social, 2009-2018 (PNDS 2).

123. Ce plan s'inscrit dans la perspective d'une politique de lutte contre la pauvreté traduite à travers le document de stratégie de réduction de la pauvreté qui a été approuvé et qui a atteint son point d'achèvement en 2004. Le secteur de la santé semble être beaucoup plus concerné par cette stratégie. Ainsi, outre la réduction de deux tiers de la mortalité des enfants et des mères entre 2000 et 2015, les OMD concernent également le contrôle d'endémies majeures telles que le paludisme et le VIH/Sida, sans oublier la malnutrition et la disponibilité des services de santé de la reproduction. Ces priorités sont d'autant plus importantes quand on constate que le Sénégal, à l'instar des pays de l'Afrique subsaharienne, fait face au double fardeau des maladies transmissibles et des maladies chroniques souvent à soins coûteux. Les conséquences difficiles de cette situation socio-sanitaire sont encore plus accentuées chez les groupes vulnérables. Ce document de stratégie de la phase II, tout en reconduisant les mêmes objectifs du PNDS 1 en termes de réduction de la mortalité des mères et des enfants, intègre ce contexte nouveau, à savoir, la lutte contre la pauvreté. Ainsi, pour renforcer les performances en matière de lutte contre la pauvreté, l'accent va être mis sur la collaboration et l'implication des communautés et des collectivités décentralisées.

Ce Plan, dont l'objectif est de contribuer à l'atteinte des objectifs du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement, a été élaboré selon une approche participative avec une implication de tous les acteurs, à savoir : les professionnels de la santé, la société civile, le secteur privé, les collectivités locales et les partenaires au développement. Il se propose de trouver des solutions aux différents problèmes

du secteur par le renforcement du système de santé, l'accroissement de l'accès à des soins de qualité, une réelle promotion de la santé et la promotion d'une approche multisectorielle pour la prévention des maladies.

124. Par ailleurs, il faut reconnaître que des progrès importants ont été réalisés par le PNDS1 dans le cadre de la lutte contre certaines endémies majeures, notamment le paludisme et le Sida. Ces progrès ont également été remarqués dans le cadre de la prévention des maladies avec les performances notables du Programme Elargi de Vaccination (PEV)¹⁷⁶ qui a permis d'améliorer la santé des enfants. Cependant la mortalité infanto juvénile et la mortalité maternelle sont restées à des niveaux élevés. C'est pourquoi il a été nécessaire de mettre en œuvre une seconde phase du PNDS qui s'inscrit dans l'atteinte des objectifs assignés au secteur de la santé par l'accélération des stratégies de lutte contre la pauvreté et les maladies, le renforcement et la modernisation de l'offre de soins à la lumière des expériences capitalisées dans le précédent PNDS.

125. En effet, le gouvernement a bien compris cette fois que la pauvreté est un mal à combattre lorsqu'on désire atteindre les objectifs de santé pour tous. C'est pour cette raison qu'il a mis beaucoup plus l'accent sur ce volet car en Afrique, les causes de beaucoup de maladies sont liées à la pauvreté. Ainsi, combattre la pauvreté c'est à notre avis combattre de façon efficace toute propagation des maladies et réduire par ricochet la mortalité élevée des couches sociales les plus vulnérables en l'occurrence les femmes et les enfants.

126. En définitive, l'ensemble de ces planifications mises en place par les autorités sanitaires vont avoir des conséquences positives en matière d'offre de soins. Ces planifications ont aussi incité des réformes importantes dans le domaine de la santé.

¹⁷⁶ Les maladies cibles du PEV sont : la tuberculose, la diphtérie, la poliomyélite, la rougeole, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B, la fièvre jaune et le glossaire.

Section 2: Les différentes réformes.

127. Les gouvernants, pour relever le défi lié aux fléaux sanitaires et sociaux dont souffre leur population, ont initié d'importantes réformes tant sur le plan institutionnel que financier depuis l'accession du pays à l'indépendance. Les premières réformes en santé coïncident avec celles de la réforme territoriale de 1972 instituant les communautés rurales. Cette réforme, en posant le premier jalon de la décentralisation territoriale au Sénégal, a accordé une grande importance aux stratégies de santé de base. Ces stratégies vont beaucoup plus se développer avec l'adoption par le Sénégal de la déclaration d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires. Ainsi, l'offre de soins s'articulera essentiellement autour du district sanitaire. A cet effet, beaucoup de pouvoirs en matière de santé ont été accordés aux collectivités locales sous tendus par les réformes administratives et territoriales de 1996. Le niveau central qui a jusque là le monopole du secteur sanitaire est donc obligé de léguer certains de ses pouvoirs aux collectivités locales. Dans cette même mouvance de réformes, les hôpitaux¹⁷⁷, de même que le secteur de la pharmacie et du médicament ont été remaniés. De simples services de l'administration centrale, ils deviendront en 1998 des établissements publics de santé dotés d'une autonomie administrative et financière. Ces différentes réformes ont permis l'adoption de la stratégie de soins de santé primaires (paragraphe 1) comme principe directeur de la politique de santé au Sénégal, ce qui a débouché à la gestion partagée du secteur de santé entre l'Etat et les Collectivités locales (paragraphe 2).

¹⁷⁷ La réforme des hôpitaux fera l'objet d'une étude spécifique dans le Chapitre 2 du Titre 2 de cette partie.

Paragraphe 1 : L'adoption de la stratégie des Soins de Santé Primaires.

128. La politique de santé et d'action sociale au Sénégal est fondée sur les soins de santé primaires et c'est pour cette raison que le gouvernement n'a pas hésité à engager des réformes en vue d'adapter au mieux son système de santé à l'initiative de la déclaration d'Alma Ata. La stratégie de soins de santé primaires est un tout qui nécessite aussi l'accès aux médicaments. C'est pourquoi, l'Etat a renforcé sa politique de soins de santé primaires en adhérant en 1992 à la stratégie de l'Initiative de Bamako (IB) sur les médicaments essentiels.

A : La stratégie d'Alma-Ata de 1978.

129. A la fin des années 1970, les experts internationaux en matière de politique de santé avaient un regard tourné vers Alma-Ata, la capitale actuelle du Kazakhstan. Dans cette ville de l'ex-Union Soviétique, la communauté internationale (134 pays) s'était réunie durant trois jours, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fond de Secours à l'Enfance des Nations Unies (FISE/UNICEF)¹⁷⁸. C'est à cette occasion, comme évoqué dans les développements antérieurs, qu'une déclaration de politique en faveur des soins de santé primaires était prononcée. Il s'agit de rompre avec « l'hôpitalo-centrisme » des systèmes de santé et d'orienter les réformes sanitaires vers une prise en charge globale et interdisciplinaire de la santé des communautés. Les pays africains en général et le Sénégal en particulier étaient singulièrement concernés par cette nouvelle direction que l'on voulait faire prendre aux systèmes de santé. Ces pays étaient en grande partie les instigateurs de la stratégie des soins de santé primaires, grâce aux multiples projets qu'ils avaient préalablement

¹⁷⁸ FISE « Fonds international de secours à l'enfance » avait été créé en 1946 par l'ONU pour répondre aux besoins d'urgence des enfants dans l'Europe et de la Chine d'après guerre. Il sera étendu en 1950 aux besoins à long terme des enfants et des femmes de tous pays en développement. Eléments permanents du système des Nations Unies à partir de 1953 son nom sera abrégé (UNICEF) mais il conservera son acronyme original.

mis en œuvre dont l'exemple le plus édifiant est le département de Pikine (Sénégal) qui a déjà jeté les bases de « la politique de santé communautaire » depuis 1972¹⁷⁹.

La déclaration d'Alma-Ata était en quelque sorte la première réforme sanitaire d'envergure internationale. Les gouvernements en collaboration avec les communautés, doivent jouer un rôle essentiel pour diriger la réalisation des changements requis, car il s'agit d'une évolution majeure qui nécessite une volonté intense pour lutter contre le statu quo. Or le contexte de l'époque, à la suite du fameux choc pétrolier du milieu des années 70, n'a pas été le plus propice à l'intervention gouvernementale. Après la conférence d'Alma-Ata, l'OMS invite les Etats membres à bâtir leur politique de santé sur la stratégie de SSP pour que l'équité d'accès aux soins puisse être une réalité pour toute la population du monde.

130. Tenant compte des principes généraux qui sous-tendent la stratégie de SSP, le Sénégal a mis en place un système de santé orienté vers la communauté et capable de résoudre les problèmes de santé de la population. C'est sur ce texte de base que se fonde la politique de santé du Sénégal. Les principaux axes de cette stratégie ont été : *« le renforcement du premier échelon des services de santé, le développement des services de santé selon une approche participative et enfin la réorganisation des activités hospitalières vers plus de technicité en complément des services rendus par le premier échelon de la pyramide sanitaire »*.

Rappelons, en outre, que la stratégie d'Alma Ata, tarde toujours à être effective dans les pays en développement. C'est sûrement pour cette raison que l'OMS dans son rapport sur la santé dans le monde en 2008 intitulé « soins de santé primaires, maintenant plus que jamais » exhorte les pays à prendre leurs décisions sur la base de quatre grandes orientations étroitement connectées, à savoir la couverture universelle, des services centrés sur la personne, des politiques publiques saines et le leadership¹⁸⁰. Tout de même, des efforts ont été consentis pour impulser cette dynamique de SSP. A titre d'exemple, la rencontre des ministres de la santé de la sous région de l'Afrique de l'Ouest à Bamako (capitale malienne) en 1987 a

¹⁷⁹ En réalité, il s'agit d'un projet Belgo-sénégalais dont le but était de contribuer à l'encadrement de la population en vue de leur participation aux efforts de santé. Ce projet a permis aux habitants de Pikine et Diédiawaye (les plus grandes banlieues de Dakar) de s'organiser en groupement associatif aboutissant en 1972 grâce aux cotisations des membres à la création de l'Institut de Pédiatrie Sociale de Pikine.

¹⁸⁰ Michel Bélanger, op. cit., p. 97.

permis aux participants d'élaborer une stratégie de réforme de la santé visant à adapter et à développer la politique des soins de santé primaires sous la dénomination de l' « Initiative de Bamako ».

B : La stratégie de l'Initiative de Bamako (IB).

131. Lors de la mise en œuvre des soins de santé primaires, il est apparu que le financement est souvent un frein à la « santé pour tous » conformément à la déclaration d'Alma Ata. Ainsi, les Ministres africains de la santé réunis à Bamako en septembre 1987 sous l'égide de l'UNICEF et de l'OMS, lancent une initiative pour relancer et revitaliser le système des soins de santé primaires afin de les rendre accessibles, géographiquement et économiquement, tout en étant équitables pour l'ensemble de la population.

132. Le constat général est que l'Etat, certes le principal pourvoyeur des ressources et le premier producteur de services, n'a pas pu stopper malheureusement la dégradation continue du système de soins qui engendre une sur-tarification et sans garantie aux malades de trouver des médicaments ou d'être soignés correctement. La part ainsi prise par les partenaires au développement dans ce soutien s'est accompagnée d'une révision des principes de financement. Les partenaires au développement vont ainsi œuvrer à ce que le financement donne une part plus explicite aux usagers, mais aussi, pour que l'organisation de l'offre s'en trouve effectivement améliorée et qu'elle passe partiellement sous le contrôle des communautés¹⁸¹. On trouve là, les principes de l'initiative de Bamako (IB), lancée à partir de 1987, d'abord pour trouver une solution au problème de la disponibilité des médicaments. Elle repose sur le recouvrement des coûts, la décentralisation et la rationalisation de l'organisation ainsi que la participation des représentants des usagers à la gestion. L'IB officialise le partage de financement du secteur public des soins entre les ménages et l'Etat et rogne apparemment les prérogatives de l'Etat en matière de contrôle et de gestion du secteur. Toutefois, elle ne dispense pas l'Etat d'un effort budgétaire et laisse en pratique les décisions

¹⁸¹ Alain Letourmy, art. cit., p. 4.

à l'administration. D'une certaine façon l'IB est une forme de privatisation du financement et de distribution des soins, mais très partielle. En fait, l'augmentation de la part du financement des ménages s'est opérée aussi à l'extérieur du secteur public, avec le développement d'une offre privée d'origine communautaire (Mali) ou supporté par les Organisations Non Gouvernementales (ONG), qui ont elles aussi conduit à la diffusion du paiement direct. Dans ce secteur, un certain nombre d'expérimentations ont été conduites en matière de financement et ont donné une existence concrète de mutualisation des ressources (formes de prépaiement, d'épargne santé, de mutuelles etc.). L'idée selon laquelle le financement privé pouvait être organisé s'est ainsi imposée petit à petit.

133. Le Sénégal pour sa part n'a commencé à appliquer l'IB qu'à partir de 1992, en adoptant une série de stratégies de financement, notamment le financement privé et le paiement par les usagers, dans l'objectif de mobiliser des ressources financières dans le secteur de la santé. En général, le rôle du financement de la santé est encore considéré comme central et continue à être discuté conjointement avec les réformes managériales et organisationnelles dans le cadre de la décentralisation. On considère que l'autonomie budgétaire au niveau local est importante pour maintenir les coûts. Il en est de même pour le financement basé sur les produits et qui est une stratégie qui lie les paiements des soins à la prestation de service plutôt qu'aux coûts des infrastructures et du personnel. La contractualisation¹⁸² est devenue l'une des options importantes qui permettent d'utiliser les capacités du secteur privé pour répondre aux besoins de santé publique dans des systèmes décentralisés. Le développement de ces schémas offre plus de perspectives aux efforts de décentralisation qui partent de la base et qui tiennent compte des clients à faible revenu. Pour se faire, un véritable district de santé doit disposer d'un réseau de centres de santé de base implantés aussi près que possible des villages dans le but de répondre aux demandes de soins courants des communautés. Ceci doit permettre de diminuer la fracture qui existe dans l'offre de soins entre les villes et les campagnes surtout dans le domaine du médicament.

134. L'Initiative de Bamako connaît un grand essor et est de plus en plus considérée comme l'approche la plus valable et la plus viable à long terme pour revitaliser les systèmes

¹⁸² C'est une forme de système selon laquelle un gouvernement peut acheter les services de prestataires privés.

de santé les plus dépourvus de structures de soins de santé primaires. Mais au delà de ces objectifs, son bilan est mitigé car l'expérience des SSP, surtout de l'IB, semble avoir eu des succès approximatifs. A cet égard, si ces initiatives ont eu un certain mérite car ayant permis d'obtenir des acquis, elles demeurent néanmoins largement insuffisantes comme outil susceptible d'accroître l'efficacité des actions sanitaires à mener. Tout le cadre défini par l'IB a eu l'opportunité de permettre un système national d'identification et de couverture des besoins qui ont abouti de manière progressive, étape par étape, à la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire¹⁸³. L'IB aura surtout permis à repenser le statut de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA).

135. Les réformes dans le secteur pharmaceutique se sont portées sur le statut de la pharmacie nationale d'approvisionnement qui a été érigée en établissement public de santé par le décret 99-851 du 27 août 1999. A partir de 1999 la PNA s'est dotée d'outils performants pour la gestion de l'approvisionnement des dépôts régionaux en médicaments et produits essentiels. Il a été mis en œuvre un plan directeur de la pharmacie autour des questions liées à l'établissement des listes de médicaments essentiels par niveau, à la tarification, à l'autorisation de mise sur le marché, au renforcement du contrôle de qualité et à l'inspection. Il faut dire que la promotion de générique vise une plus grande accessibilité du médicament. Ce dernier, conformément à la loi n° 94-57 du 26 juin 1994¹⁸⁴ abrogeant l'article L 511 de la loi 54-418 du 15 avril 1994 du Code français de la santé applicable aux territoires d'outre mer, est défini comme « *toute substance, composition ou préparation présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques [...]* ».

En effet, reconnu comme possédant des vertus curatives ou préventives à l'égard des malades, le médicament revêt une importance capitale dans la mise en œuvre de l'offre de soins. Autrement, la reconnaissance du droit à la santé suppose aussi une politique rendant

¹⁸³ Le terme étape par étape précise à nouveau la démarche adoptée pour la mise en œuvre du PNDS. En effet avant l'élaboration de ce plan, le Sénégal disposait déjà des plans intermédiaires par exemples les Plans régionaux de développement sanitaire (PRDS), les Plans départementaux de développement sanitaire (PDDS) qui sont des instruments à l'origine de la mise en œuvre du PNDS et du PDIS.

¹⁸⁴ JORS du 8 octobre 1994, n° 5601, p. 443-444.

accessible les médicaments. C'est ce qui explique l'effort du gouvernement sénégalais en ce sens surtout au lendemain de la dévaluation du franc CFA en 1994. Le gouvernement avait ainsi mis en place une politique de subvention du médicament dans les officines privées pendant trois ans pour faciliter à la population l'accès aux médicaments. Il avait aussi engagé une politique de développement des génériques et des médicaments en conditionnement hospitalier dans le respect de la sécurité des patients. Ainsi, en 1994, un appel d'offres a été lancé pour l'approvisionnement du pays en générique pour toute la liste des médicaments dits essentiels, dressés par l'OMS. Les médicaments essentiels, il faut le rappeler sont des médicaments destinés à répondre aux besoins de santé prioritaires d'une population donnée (exemple des antirétroviraux depuis 2002). La mise en œuvre de ces mesures a permis la disponibilité sur le marché de 400 médicaments génériques essentiels¹⁸⁵.

En outre, grâce à la réforme du secteur pharmaceutique, la PNA s'est dotée de moyens lui permettant d'atteindre ses ambitieux objectifs qui sont de préserver la qualité de ses produits en assurant l'équipement et la maintenance du laboratoire national, du contrôle des médicaments, de rationaliser l'utilisation des médicaments, d'assurer leur promotion jusque dans le privé et enfin de distribuer et de fabriquer les médicaments. Cependant, malgré cette réforme beaucoup de choses restent à faire dans le domaine de l'accès aux médicaments.

¹⁸⁵ Ciré Camara, op. cit., p. 58.

Paragraphe 2 : L'adoption de la stratégie de gestion partagée du secteur de la santé.

136. Depuis les années 70, le Sénégal s'est engagé dans une réforme du secteur de la santé qui repose sur une gestion concertée réunissant le gouvernement, les collectivités locales et la population. Cela donnera naissance à un vrai partage des pouvoirs entre le niveau central en l'occurrence le ministère chargé de la santé et le niveau décentralisé en l'occurrence les collectivités locales, sous-tendu par les réformes de l'administration territoriale de 1972 et de 1996 ainsi que de la réforme du ministère de la santé intervenue en 2004.

A : Les réformes de l'administration territoriale.

137. L'année 1972 constitue un tournant dans la politique de décentralisation des pouvoirs de l'Etat au niveau du territoire national. Une réforme très ambiguë a débouché à la création au Sénégal de régions, de départements, d'arrondissements et de communautés rurales. Cette réforme a cependant été très bénéfique au domaine de la santé en suscitant la participation communautaire dans ce secteur. Selon la loi 72-25 du 19 avril 1972 modifiée en son article 80 par la loi 83-59 du 3 juin 1983, les communautés rurales et les communes doivent régulièrement contribuer en équipement et en première dotation de médicaments des structures communautaires respectivement à hauteur de 8% et 9% de leurs recettes¹⁸⁶. Le niveau de participation des collectivités locales aux dépenses de santé a été toutefois mal maîtrisé. Les parts de 8% et 9% ne sont pas respectées. Cependant, l'initiation de la réforme administrative de 1972 et l'idéologie de la participation communautaire vont favoriser le développement de nouvelles structures d'offre de soins et de services de santé, en général dans les zones rurales. Rien qu'entre 1974 et 1979, les communautés rurales, appuyées par

¹⁸⁶ Il s'agissait de la moyenne annuelle de recouvrement de la taxe rurale.

l'UNICEF, ont construit et équipé 190 maternités rurales et 170 pharmacies de village¹⁸⁷. Cette réforme est en ce sens salubre car on remarquait jusque là, une faible couverture des services de santé supportée par l'Etat central, dans les zones rurales. Cette réforme va effectivement se poursuivre, aboutissant en 1996 à une décentralisation administrative et territoriale beaucoup plus exhaustive, ce qui sera très bénéfique au domaine de la santé. C'est réellement à partir de là qu'un vrai partage des responsabilités entre le niveau central et le niveau de base a commencé.

138. En 1996 est intervenue une importante réforme de l'administration locale effectuée par le législateur avec l'adoption de six textes de loi. Ces textes de loi font le partage de responsabilité dans le domaine de l'offre de soins entre les collectivités locales instance communautaire de base et le niveau central leur créneau. Il s'agit de la loi n° 96-06 du 22 mars 1996 portant Code des collectivités locales, de la loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert des compétences aux régions communes et communautés rurales, de la loi n° 96-08 du 22 mars 1996 modifiant le Code électoral, de la loi n° 96-09 du 22 mars 1996 fixant l'organisation administrative et financière de la commune, de la loi n° 96-10 du 22 mars 1996 modifiant la loi sur l'organisation de l'administration territoriale et enfin de la loi organique n° 96-11 du 22 mars 1996 relative à la limitation du cumul des mandats électifs et de certaines fonctions¹⁸⁸.

139. Les réformes de 1996 sont intervenues dans un environnement politique et économique très dynamique. L'environnement politique est marqué par une relative accalmie suite à la mise en place du gouvernement élargi aux partis d'opposition. L'environnement économique avait repris sa croissance suite à la dévaluation du franc CFA en 1994. L'Etat s'est donc engagé pendant cette période dans un vaste programme de libéralisation et de privatisation des entreprises publiques. En effet, l'assainissement des finances publiques s'est inscrit dans une trajectoire optimiste. Ainsi, ces réformes de 1996 initiées par l'Etat du Sénégal en s'inscrivant dans l'approfondissement des réformes sur la décentralisation initiées depuis les années 1970 sont venues contribuer aux améliorations de la gouvernance dans le

¹⁸⁷ PNDS 1998-2007, p. 28.

¹⁸⁸ Toutes ces six lois ont été publiées dans le JORS n° 5689 du 20 mai 1996.

pays. La décentralisation de 1996 a pour objectif d'assurer le développement économique et social de chaque région, d'installer une administration proche de ses usagers et de créer des régions dynamiques dans un Etat unitaire. Il faut rappeler que c'est dans le domaine de la santé qu'il y a eu plus de compétences transférées. On assiste ainsi à la naissance d'une vraie gouvernance sanitaire locale.

Désormais, les collectivités locales sont responsables du domaine de la santé. A cet effet, il y a eu une importante masse de compétences du secteur de santé transférée aux collectivités locales. Il s'agit du « *domaine de la planification, de la compétence de construction des structures de santé*¹⁸⁹, *de la compétence d'équipement, de maintenance et d'entretien des structures sanitaires, de la compétence de recrutement, d'administration et de gestion du personnel d'appoint et de la compétence de gestion des structures sanitaires* »¹⁹⁰. Ainsi chaque structure sanitaire doit avoir un comité de gestion présidé par le maire ou le président de la communauté rurale selon le lieu d'implantation de la structure.

140. Par ailleurs, les tâches dévolues aux collectivités locales sont différentes selon qu'il s'agisse d'une région, d'une commune ou d'une communauté rurale. La région a pour compétence « *la gestion et l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux, la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé ruraux situés au niveau des communautés rurales et la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène* »¹⁹¹. La région assure à cet effet la première compétence à travers les Commissions médico-administratives (CMA) présidées par le président du Conseil régional qui délibère sur le projet de budget des comptes de fonctionnement, les travaux de réparation, l'approbation du règlement intérieur et des statuts et des activités sociales des hôpitaux. Il faut noter que les CMA existaient déjà avant la régionalisation et étaient présidées par un médecin chef de région représentant le Ministre de la santé, aujourd'hui ce rôle est dévolu au président du Conseil Régional. La commune, quant à elle, a reçu les compétences « *de gestion, d'entretien et d'équipement des centres de santé*

¹⁸⁹ Mais à ce niveau, il ne s'agit que d'une compétence très limitée car relative aux seules cases et postes de santé.

¹⁹⁰ Chapitre 3 de la loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert des compétences aux régions communes et communautés rurales.

¹⁹¹ Article 31 de la loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert des compétences aux régions communes et communautés rurales.

*urbains, la construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé urbains »*¹⁹². En matière de planification, dont la planification sanitaire, la commune reçoit les compétences d'élaboration du plan d'investissement de la commune et qui doit être intégré dans le Programme Régional de Développement Intégré de la région. La commune assure sa compétence à travers un comité de gestion présidé par le maire et qui joue le même rôle que celui des régions. Enfin, la communauté rurale quant à elle, reçoit les compétences « *de construction, de gestion, d'entretien et d'équipement des postes de santé ruraux, des maternités rurales et des cases de santé »*¹⁹³. Elle assure ses compétences à travers des organes de gestion semblables à ceux que l'on retrouve au niveau des communes. Par ailleurs, elle reçoit la compétence d'élaboration du Plan Local de Développement (PLD) qui doit être intégré dans le Programme Régional de Développement Intégré (PRDI) de la région.

141. Rappelons que dans le domaine spécifique de la santé, les réformes de 1996 sont intervenues dans un environnement où les performances sanitaires étaient les plus faibles. Les réformes institutionnelles et financières engagées par le ministère de la santé dans le cadre du renforcement de la décentralisation du système de santé durant les années 90 ont inscrit les services de santé dans une base de logique d'une plus grande autonomie et d'une grande flexibilité. En plus, les réformes de 1996 interviennent à un moment où le ministère de la santé était en train d'introduire des innovations dans son système de planification avec l'appui des partenaires extérieurs. Ainsi, ces réformes vont coïncider avec le démarrage du PNDS (1998-2007), développé sur la base des structures et de l'organisation du secteur de la santé mise en place par les réformes sectorielles des années 80 et 90 avec les plans de développement sanitaires des districts et des régions. Enfin, le ministère de la santé s'est doté d'un instrument de mise en œuvre du plan en l'occurrence le PDIS. Ce programme élaboré pour coordonner les importants investissements prévus dans le plan et les interventions des partenaires locaux et étrangers, tentera tant bien que mal, à intégrer le nouveau cadre institutionnel mis en place par les réformes de 1996 dans le cadre de sa mise en œuvre. Mieux, le PNDS, jettera les bases de la réforme hospitalière intervenue en 1998 et qui prendra en compte dans la gestion hospitalière, les dispositions du Code des collectivités locales relatives au transfert des compétences dans les régions, communes et communautés rurales.

¹⁹² Article 32 de la loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert des compétences aux régions communes et communautés rurales.

¹⁹³ Article 33 de la loi n° 96-07 du 22 mars 1996.

142. En réalité, les raisons qui ont poussé l'Etat du Sénégal à accorder tous ces pouvoirs aux collectivités locales étaient liées non seulement au fait que la gestion des problèmes de santé à partir du ministère de la santé n'était plus efficace, mais aussi au fait que ces problèmes doivent être identifiés et résolus à l'échelle où ils se posent. A ces raisons, s'ajoute la nécessité d'implication de tous les acteurs par une redéfinition plus rationnelle des rôles et responsabilité de chaque acteur. La décentralisation devient donc pour l'Etat une opportunité pour faire de la participation de la population une réalité de rationalisation des ressources, de la démocratisation et de transparence de la gestion des structures sanitaires qui devient ainsi une gestion de proximité. Cette décentralisation territoriale est suivie en 2004 par une décentralisation administrative avec la réforme du ministère de la santé qui a permis de mieux redéfinir le rôle de chaque acteur.

B: La réforme du ministère de la santé de 2004.

143. Par soucis de rationalité et d'efficacité dans la mise en œuvre de la politique de santé et d'action sociale, le gouvernement a pris un décret portant réorganisation du ministère de la santé. Il s'agit du décret n° 2004-561 du 21 avril 2004. Ce décret portant nomination des ministres a consacré la création du ministère de la santé et de la prévention médicale. Ainsi sera pris sept mois plus tard un nouveau décret en l'occurrence le décret n° 2004-1404 du 4 novembre 2004¹⁹⁴ qui va organiser le ministère de la santé et de la prévention médicale. Il faut donc remarquer que ce décret a opéré un changement de dénomination du ministère de la santé en y ajoutant la prévention médicale. Ceci traduit la volonté des pouvoirs publics de donner plus de visibilité à la politique de prévention médicale, notamment par un renforcement des volets éducation et information pour la santé, l'immunisation et la surveillance épidémiologique et l'hygiène. Il est donc apparu nécessaire de procéder à une réorganisation du département en tenant compte de ces changements mais aussi en tenant compte des nouvelles attributions du ministère chargé de la santé qui a transféré beaucoup de ses pouvoirs aux collectivités décentralisées.

¹⁹⁴ Journal Officiel du Sénégal n° 6194 du 4 décembre 2004.

144. En effet, le décret n° 2004-1404 du 4 novembre 2004 portant organisation du ministère de la santé et de la prévention médicale vise une plus grande cohérence dans les interventions à travers les différentes directions et services dont les attributions sont mieux définies¹⁹⁵.

- La Direction de la Santé.

145. La direction de la santé, conformément à l'article 23 du décret sur l'organisation du ministère de la santé a pour mission « *l'élaboration, le suivi et la mise en œuvre de la politique et des programmes de santé* ». A ce titre, « *elle assure la promotion de la santé maternelle et infantile, la lutte contre les maladies, la protection de la santé des personnes âgées, la réglementation de l'exercice des professions médicales et paramédicales, l'appui, la promotion et le contrôle des cliniques, des cabinets médicaux, dentaires et paramédicaux, la réglementation et la promotion de la médecine traditionnelle, de veiller au respect des règles éthiques et déontologique en matière d'études et de recherche en santé...* ».

Pour mieux accomplir ses missions, la direction de la santé publique va connaître une petite réorganisation avec la division de la santé maternelle et infantile (DSMI) et la division des cliniques et des cabinets médicaux privés (DCCMP) qui passent au rang de services nationaux. Le service de l'alimentation et de la nutrition appliqué au Sénégal, va intégrer le service national de la santé de la reproduction qui remplace le BSMI. Par ailleurs, le service national des grandes endémies, en plus du contrôle des maladies endémiques continue de prendre en charge la surveillance épidémiologique, la gestion des épidémies et le volet MST/Sida ; autant de volets qui seront mieux coordonnés dans la restructuration proposées.

Elle comprend désormais, la division des soins de santé primaires, la division de la recherche, la division de la santé de la reproduction, la division de la santé bucco-dentaire, la

¹⁹⁵ Le niveau décentralisé va connaître une nette évolution avec cette réforme. On remarque en effet, le renforcement des pouvoirs du district et de la région médicale ainsi que la réorganisation des comités de santé pour une gestion efficace et transparente de l'offre de soins de santé communautaire. Cette réforme exhorte davantage les collectivités locales à assumer leurs compétences tant sur le plan financier que sur le plan de la gestion des structures sanitaires qui leur sont confiées. Par ailleurs, dans cette partie on ne se limitera qu'à l'étude de l'organisation interne intervenue au niveau du ministère de la santé, le secteur décentralisé fera l'objet d'une étude ultérieurement.

division de l'alimentation, de la nutrition et du suivi de l'enfant, la division de la lutte contre les maladies, la division de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles, la division de la médecine privée, de la médecine traditionnelle et de la médecine du travail et enfin le bureau de santé des personnes âgées et le bureau de gestion.

- La Direction de la Pharmacie et des Laboratoires.

146. La direction de la pharmacie et du médicament quant à elle, prendra désormais l'appellation Direction de la Pharmacie et des Laboratoires. Elle a pour mission conformément à l'article 25 de la loi de 2004, « *l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique et des programmes dans le domaine de la pharmacie et des analyses médicales* ». Elle est notamment chargée, à ce titre, d'élaborer et de veiller à l'application des textes législatifs et réglementaires relatifs à la pharmacie, aux médicaments, aux réactifs de laboratoires d'analyses médicales, aux substances vénéneuses, à l'alcool et aux dispositifs médicaux ; de réglementer l'exercice des professions pharmaceutiques ; de promouvoir et de contrôler les laboratoires d'analyses médicales publics et privés ; de réglementer et d'assurer la promotion de la pharmacopée traditionnelle.

Dans le cadre de l'exercice de cette mission, la direction de la pharmacie et des laboratoires dispose d'un certain nombre de services en l'occurrence la division des études, de la réglementation et de la documentation, de la division du contrôle administratif des médicaments, de la division des stupéfiants et des substances psychotropes, de la division des laboratoires d'analyses médicales et enfin du bureau de gestion.

- La Direction des Etablissements de Santé.

147. Cette direction conformément à l'article 27 du décret de 2004 a pour mission « *l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière hospitalière et d'établissement de santé* ». Elle est en outre chargée de promouvoir la participation des établissements privés hospitaliers au service public de santé.

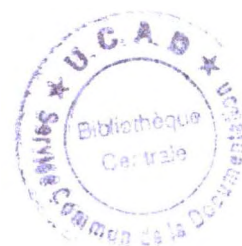
La direction des établissements dispose d'un certain nombre de services afin de mieux accomplir sa mission. Il s'agit : de la division des études et de la réglementation, de la division des établissements publics de santé hospitaliers, de la division des établissements publics de santé non hospitaliers et des établissements hospitaliers privés, de la division de l'hygiène hospitalière, du bureau de gestion, du centre Talibou Dabo et enfin du centre anti-poison. Aussi, il faut rappeler que l'Etat du Sénégal, à travers la réforme hospitalière de 1998, a apporté une innovation de taille en érigeant les formations hospitalières en établissements publics de santé, avec la possibilité pour les établissements privés de se voir confier la mission de service public.

- La Direction de l'Administration Générale et de l'Équipement.

148. Cette Direction est maintenue avec trois subdivisions à savoir la division des affaires administratives, financières et comptables, la division de la programmation et du suivi budgétaire, la division des équipements et de la maintenance (DEM) et enfin la cellule des marchés et le bureau du contrôle interne. Il faut rappeler que le décret 2004 sur la réforme du ministère de la santé n'a pas fait état de la mission de la direction de l'administration générale et de l'équipement.

- La Direction des Ressources Humaines.

149. Cette Direction est l'une des principales nouveautés de la réforme du ministère de la santé de 2004 car les ressources humaines n'étaient jusque là gérées que par une simple division appelée division du personnel logée à la direction de l'administration générale et de l'équipement. Désormais devenue une direction à part entière, elle va voir ses missions s'élargir. Il s'agit conformément à l'article 31 du décret 2004 sur la réforme du ministère de la santé, « *de la formation, de la gestion et de la promotion sociale des personnels du ministère de la santé et de la prévention médicale* ». Elle veille aussi à une bonne coordination dans le recrutement et la gestion des personnels de santé par l'Etat, les collectivités locales, les établissements de santé et les comités de santé. Elle est aussi chargée de la réglementation et



du contrôle des établissements publics et privés de formation professionnelle en santé. Elle met en place des politiques de promotion et de dialogue social en rapport avec les partenaires sociaux. Elle est notamment chargée à ce titre de développer des politiques de gestion prévisionnelle des effectifs et des emplois, d'élaborer et de suivre l'exécution des actes de gestion des personnels du ministère de la santé et de prévention médicale conformément à la réglementation ; d'assurer le suivi du recrutement des personnels de santé par l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics de santé et les comités de santé.

La direction des ressources humaines comprend la division de la gestion du personnel, la division de la gestion prévisionnelle des personnels et des emplois, la division de la promotion et des relations sociales, la division de la formation, le bureau de gestion. Sont rattachés à la direction des ressources humaines : l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS), le Centre National de Formation des Techniciens de Maintenance Hospitalière de Diourbel (CNFTM) et les Centres Régionaux de Formation (CRF).

- La Direction de la Prévention Médicale.

150. La Direction de la Prévention Médicale a pour mission « l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la politique de prévention médicale ». Elle est notamment chargée, à ce titre, « de l'immunisation et de la surveillance épidémiologique » (article 35). Elle comprend la division de l'immunisation, la division de la surveillance épidémiologique et le bureau de gestion.

- La Direction de l'Hygiène Publique.

151. Ce service sera consacré par les articles 33 et 34 du décret de 2004 sur la réforme du ministère de la santé. En effet l'article 33 nous indique que « *la direction de l'hygiène publique a pour mission l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, en matière d'hygiène* ». Elle est, en outre, chargée « *du contrôle sanitaire aux frontières, de la*

promotion des règles d'hygiène, ainsi que de l'élaboration et du contrôle de l'application de la réglementation en matière d'hygiène ».

La Direction de l'hygiène publique est organisée en plusieurs divisions et selon l'article 34 du décret 2004 elle comprend : « *la division de la législation et du contentieux, la division du personnel, la division des études, de la planification et des statistiques, la division du contrôle Sanitaire aux frontières, la division de l'éducation à l'hygiène, la division de la gestion de la qualité et le bureau de gestion* ». Il faut rappeler que cette direction est une grande nouveauté car elle n'existait pas auparavant et était un simple service (service national de l'hygiène) logé dans la direction de la prévention.

152. En définitive, l'Etat du Sénégal pour atteindre ses objectifs en matière de santé publique en général et d'offre de soins en particulier a tenté de multiples expériences qui se sont traduites à travers l'adoption des soins de santé primaires définis par la conférence d'Alma Ata, l'adoption d'une gestion collective du domaine de la santé définie par les décentralisations territoriales de 1972 et de 1996, la mise en place des plans de développement sanitaires et sociaux (PNDS I et II) mais aussi à travers l'adoption d'importantes réformes dont la grande réforme de l'hôpital, de la pharmacie et du médicament, ainsi que celle du ministère chargé de la santé. En effet, ces différentes réformes et planifications sanitaires au Sénégal ont eu pour but d'améliorer l'état de santé de la population et plus spécifiquement d'améliorer l'offre de soins. Même si elles n'ont pas totalement réglé le problème d'accès et de la qualité des soins, elles ont tout de même apporté une nette amélioration au secteur sanitaire surtout sur le plan de l'organisation.

Conclusion Titre I.

153. Les politiques de l'Etat dans le domaine sanitaire n'ont cessé de s'accroître depuis 1960. Elles se sont traduites par la mise en œuvre de mesures importantes qui accordent une place essentielle à l'équilibre sanitaire national et à des prévisions dans les plans et textes budgétaires en vigueur. Elles se justifient aussi par la consécration dans les institutions et les régimes administratifs nationaux et internationaux des droits de la population à la santé. Là gît la pertinence de plusieurs instruments juridiques tels que la Constitution de l'OMS, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples de 1980, la Déclaration d'Alma Ata, les lois nationales sur la réforme hospitalière et de la pharmacie et du médicament, les lois sur l'exercice de la profession de la santé, de l'arrêté portant Charte du malade etc.

Il faut noter qu'à travers les différents programmes et réformes adoptés, l'Etat du Sénégal a non seulement fait un bilan critique de la situation sanitaire nationale mais aussi un bilan critique du fonctionnement de ses services de santé. Ceux-ci ont permis d'identifier les problèmes structurels et fonctionnels auxquels font face le secteur de la santé et qui aura débouché évidemment sur l'élaboration d'un programme beaucoup plus cohérent. Car auparavant, pendant que l'Etat misait sur la couverture en infrastructure sanitaire, les effectifs en personnel déclinaient, annihilant ainsi une part des efforts déployés en vue de la couverture sanitaire de la population. C'est ce qui a incité l'Etat à adopter en 1998 une approche programme dans le secteur de la santé en l'occurrence le PNDS qui est l'aboutissement logique d'un long processus de réflexion engagé depuis 1995 entre le ministère de la santé et ses partenaires. Le PNDS va ainsi permettre de mettre en chantier plusieurs réformes à la fois législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, les médicaments et les pharmacies, afin d'apporter des solutions aux difficultés du secteur de la santé. Il prévoit également d'autres initiatives dans des domaines aussi importants que le système

d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du ministère de la santé, l'intégration des activités et la coordination des interventions dans le domaine de la santé. Cependant, malgré toutes ses dispositions prises, le secteur de la santé reste toujours confronté aux mêmes difficultés : problèmes d'équipement des structures de santé, manque de personnel, éloignement des structures de santé, concentration des grands hôpitaux à Dakar, problèmes d'évacuation des malades vers les hôpitaux, coût élevé des soins par rapport au revenu de la population, absence de systèmes d'assurance maladie applicables à l'ensemble de la population etc.

Titre II : La mise en œuvre effective par l'Etat de l'offre de soins.

154. Les gouvernants du Sénégal depuis le Président Senghor jusqu'au Président Wade ont toujours considéré la santé comme secteur stratégique de la politique de développement. A travers ce choix politique, l'Etat a toujours voulu conformément aux recommandations de l'OMS, assurer à toute la population une offre de soins de qualité. Ainsi, pour répondre aux exigences d'une politique orientée vers la santé pour tous et aux exigences de la société moderne qui demande une médecine de plus en plus efficace, l'Etat du Sénégal a tenté de nombreuses expériences. Celles-ci ont permis d'abord avec l'adoption du district sanitaire et de la région médicale, d'aboutir à un système public de santé décentralisé qui jusque là n'est géré qu'au niveau central par le ministère chargé de la santé. Elles vont aussi permettre d'élaborer des stratégies de financement de la santé qui verra la participation de différents acteurs tels que la population, les collectivités locales et les partenaires extérieurs. En effet, l'une des mesures phares du financement de la santé est l'appui au développement des mutuelles de santé et la restructuration des Instituts de Prévoyance Maladies (IPM), tous ceux-ci pour accompagner le principe de l'autonomie de gestion et améliorer l'accessibilité aux soins et de la protection sanitaire de la population. Enfin, les expériences tentées par le Sénégal vont aussi non seulement permettre de transformer les hôpitaux publics en établissements publics de santé dotés d'une autonomie administrative et financière, mais également permettre aux établissements privés de santé, eu égard au rôle qu'ils jouent dans le système de santé, de participer au service public hospitalier. A ce titre, ils bénéficient des subventions accordées par l'Etat aux hôpitaux.

155. Par ailleurs, en dépit d'une volonté politique très affirmée de l'Etat en faveur de la santé, le Sénégal est confronté depuis les années 90 à un déclin des performances de son

système de santé et une dégradation de ses indicateurs. En effet, en plus d'un lourd fardeau épidémiologique caractérisé par une mortalité maternelle et infanto-juvénile élevée, le Sénégal est soumis à une série de difficultés économiques allant de l'alourdissement de la dette extérieure à la flambée du baril du pétrole en passant par une hausse vertigineuse des denrées de première nécessité et la réduction des prix de produits d'exportation. Une telle situation impacte négativement sur la politique sanitaire de l'Etat et entraîne une difficulté d'accès de la population aux soins. Ainsi, malgré la réforme de 1998, les hôpitaux traversent toujours une grande crise caractérisée par la vétusté du plateau technique et le déficit du personnel de santé.

156. En outre, les dispositions prises par l'Etat en matière de santé sont encourageantes mais leur application pose problème dans la plupart des cas. Pour y voir clair, nous tenterons d'analyser l'offre de soins prise dans le cadre général avec l'intervention de tous les acteurs et services (chapitre 1), pour ensuite voir en quoi la transformation des hôpitaux publics en établissements de santé y compris le secteur privé investi d'une mission de service public hospitalier, a apporté un changement significatif en matière d'amélioration de l'offre de soins (chapitre 2).

157. Au Sénégal, l'offre de soins trouve sa base dans le système national de santé. Le système de santé, comme l'analyse Jean-Marie Auby¹⁹⁶ « *est la confrontation d'une offre et d'une demande de santé* ». Ainsi, le système sénégalais s'inspirant du système français se caractérise, en ce qui concerne les prestations de santé, par la dualité d'origine des institutions chargées de les délivrer. Il s'agit d'abord d'institutions publiques, en général non dotées d'un monopôle, et qui sont le plus souvent spécialisées soit dans les tâches de prévention et de contrôle, soit dans celles de dispensation des soins ; en second lieu d'institutions privées, soumises à des réglementations et des contrôles mais en principe indépendantes. Ainsi, le système public de santé qui est, un ensemble de stratégies et d'outils de régulation, de contrôle, d'évaluation et d'organisation du dispositif de soins, met en relation les établissements de santé (publics ou privés), les prestations médicales et paramédicales, l'offre et la demande de soins. Cependant, pour ce qui est du financement des dépenses de santé, l'Etat reste au Sénégal le principal acteur, suivi des partenaires extérieurs et de la population, à travers le paiement direct des prestations de santé. En France, contrairement au Sénégal, la principale source est le financement par des systèmes d'assurances maladies, alimentés eux-mêmes par des cotisations des usagers, avec éventuellement la participation financière de tiers (employeurs) ou de l'Etat¹⁹⁷. En outre, deux aspects nous semblent fondamentaux en matière d'organisation de l'offre de soins : l'organisation pyramidale de l'offre de soins (Section 1) et le financement de l'offre de soins (section 2).

¹⁹⁶ Jean-Marie Auby, *Le droit de la santé*, Thémis 1981, p. 209.

¹⁹⁷ Jean-Marie Auby, *op. cit.*, p. 210.

Section 1 : La pyramide de l'offre de soins.

158. L'offre de soins se présente à travers le système de santé sous une forme pyramidale. Elle comporte une pyramide administrative composée au niveau national du ministère de la santé, au niveau régional de la région médicale et au niveau opérationnel du district sanitaire, d'une part, et une pyramide des soins qui est composée d'hôpitaux de référence au niveau national, d'hôpitaux régionaux et des centres de santé, englobant des postes de santé, des dispensaires et des maternités, d'autre part. La pyramide des soins est constituée également du secteur privé composé d'établissements privés de soins de santé à but lucratif et non lucratif, mais aussi de la médecine traditionnelle. Tous ces aspects révélés permettent d'analyser l'organisation de l'offre de soins constituée essentiellement autour de la pyramide administrative (paragraphe 1) et de la pyramide des soins (paragraphe 2).

Paragraphe 1: La pyramide administrative.

159. Cette organisation se fait autour de deux niveaux à savoir le niveau national avec le ministère de la santé et le niveau décentralisé avec la région médicale et le district sanitaire.

A : Le niveau national : le ministère chargé de la santé.

160. Le niveau national ou central qui est le premier niveau en matière d'organisation de l'offre de soins a pour fonction essentielle la définition des objectifs des grandes orientations de la politique de la santé, de la mobilisation et l'allocation des ressources, matérielles, humaines et financières, la rationalisation de l'utilisation des ressources et la promotion de la collaboration multisectorielle. C'est à ce niveau qu'on coordonne et autorise l'ensemble des activités menées au niveau de la région médicale et du district sanitaire. Il est incarné par le ministère de la santé et de la prévention médicale.

Le ministère de la santé et de la prévention médicale est chargé d'exécuter la politique de santé définie par le Président de la République. Il est composé du cabinet du Ministre, du secrétariat général, des directions nationales, des services nationaux et des divisions. Le ministère de santé et de la prévention médicale, dirigé par un Ministre nommé par le Président de la République sur proposition du Premier Ministre, se trouve au niveau central de l'organisation du système de santé. Ainsi, le décret 2005-277 du 16 août 2005 en définissant les missions du ministère chargé de la santé dispose que « *sous l'autorité du Premier Ministre, le Ministre de la santé et de la prévention médicale prépare et met en œuvre la politique arrêté par le chef de l'Etat dans les domaine de la santé, de l'éducation à la santé et de la prévention médicale* » .

161. Le Ministre de la santé est donc chargé de rendre les soins accessibles à tous les sénégalais, qu'ils vivent en zone urbaine ou rurale. Chargé de préparer et d'appliquer la législation et la réglementation relative aux professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques, le Ministre de la santé encourage la formation de médecins, d'infirmiers et de sages femmes et facilite leur installation dans les zones déshéritées. Il veille aussi à l'approvisionnement en médicaments et à la couverture des besoins sanitaires de la population. Responsable de la prévention, il met en œuvre la politique d'immunisation, de gestion des épidémies, de communication et de partenariat avec les collectivités et les associations en matière de santé. Il faut aussi noter que dans l'exercice de ses fonctions, le Ministre de la santé porte une attention particulière à la protection de la santé des femmes, des enfants, des travailleurs et des personnes âgées ou handicapées.

Le Ministre assure également la tutelle des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. A ce titre, il peut autoriser, dans les conditions fixées par le décret, la création, l'exploitation, ainsi que le regroupement de tous les établissements hospitaliers privés. Le Ministre, dans les mêmes conditions, peut autoriser la création, l'extension, la transformation des installations et des activités de soins en tenant compte de la carte sanitaire. L'autorisation d'exploitation est donnée à la suite d'une visite de conformité. Lorsque l'autorisation est accordée, l'établissement bénéficiaire est soumis à des contrôles périodiques de ses activités de soins et des activités de ses installations. Le Ministre peut, en cas de carence ou de mauvais fonctionnement, décider de suspendre ou de retirer une autorisation. Selon la loi, le refus d'autorisation doit être motivé. En cas de refus, le demandeur peut introduire un recours gracieux devant le Ministre et celui-ci doit statuer dans un délai de 4 mois. Le silence du Ministre vaut décision de rejet. Enfin, il faut signaler que l'autorisation est caduque lorsque le bénéficiaire n'a pas réalisé les opérations dans un délai de 3 mois.

162. Par ailleurs, il faut noter que l'évaluation du PNDS (1998-2007) a décelé des dysfonctionnements liés au nombre important de services rattachés au ministère de la santé. Cette mauvaise organisation du ministère était à l'origine de conflits de compétences entre services centraux partageant les mêmes missions mais aussi à l'origine de la carence dans la précision des missions du fait de l'absence d'arrêtés d'application. Ainsi, par soucis de rationalité et d'efficacité dans la mise en œuvre de la politique de santé et d'action sociale, le

gouvernement va procéder en 2004 à la réorganisation du ministère de la santé, comme vu précédemment. Ainsi donc, les changements opérés ont touché non seulement le niveau national mais aussi le niveau régional. Il faut dire qu'au niveau régional cette réforme a permis de redéfinir les responsabilités de la région médicale et du district, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sanitaire au niveau local.

B : Le niveau décentralisé : la région médicale et le district sanitaire.

163. Il s'agit de l'organisation déconcentrée de l'offre de soins de santé. Il est constitué par le niveau intermédiaire qui coïncide avec la région médicale et par le niveau opérationnel qui coïncide avec le district sanitaire.

a) La Région Médicale.

164. La région médicale coïncide avec la région administrative et couvre plusieurs districts sanitaires et comprend plusieurs bureaux dont le bureau de la planification, le bureau de l'éducation et une brigade régionale. En effet, le système de santé est largement calqué sur l'organisation administrative du Sénégal reposant sur la décentralisation¹⁹⁸. Il s'agit pour l'Etat de créer des institutions décentralisées (régions, communes et communautés rurales) et de les responsabiliser dans la prise en charge des affaires locales en leur transférant des compétences. C'est dans cet ordre d'idée que le système de santé est adopté selon une hiérarchie qui fait coïncider la structure hospitalière de deuxième niveau avec la région administrative, suivie du centre de santé pour la commune, du poste de santé pour la communauté rurale et de la case de santé pour les villages. En procédant ainsi, l'Etat a bien compris que le respect du droit à la santé, qui a pour corollaire l'accès aux soins pour tous, exige une décentralisation des services de santé. Cette décentralisation a ainsi permis d'assurer des soins et autres services de santé dans les zones les plus reculées.

¹⁹⁸ Cf : loi 96-06 du 22 mars 1996 portant Code des collectivités locales, JORS n° 5689 du 20 mai 1996.

165. Structure déconcentrée à compétences transversales, la région médicale, est subdivisée en districts sanitaires correspondant à des zones opérationnelles comprenant au moins un centre de santé de référence autour duquel gravitent des postes de santé. Elle est dirigée par le médecin chef de la région médicale. Ce dernier est nommé par arrêté du Ministre de la Santé et de la Prévention médicale, parmi les agents de l'État de la hiérarchie A ou assimilés conformément à l'article 41 du décret n° 1404 du 4 novembre 2004. En effet conformément à l'article 38 du décret 2004 portant réforme du ministère de la santé et de la prévention médicale, *« la région médicale a pour mission d'assurer le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région, d'assurer la coordination technique de toutes les structures régionales de santé; d'assister les structures régionales de santé dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification, d'organiser la formation continue des personnels sanitaires de la région, y compris le personnel communautaire, de promouvoir l'information, la sensibilisation et la communication en matière de santé dans la région, d'assurer le traitement statistique des données sanitaires de la région, d'assurer la surveillance des endémies locales, d'assurer l'appui et la coordination des activités des districts sanitaires ».*

166. Pour ainsi mieux assurer sa fonction, la région médicale dispose d'un certain nombre de bureaux. Il s'agit conformément à l'article 39 du décret 2004 portant réforme du ministère de la santé, *« du bureau de l'administration, des finances et de la maintenance, du bureau de la supervision, de la formation et de la recherche, du bureau de la planification, du bureau de la lutte contre les maladies, du bureau de l'immunisation et de la gestion des épidémies et enfin du bureau régional de la promotion de la santé ».* Il faut cependant noter que l'organisation et le fonctionnement de la région médicale sont fixés par arrêtés du Ministre de la santé et de la prévention médicale conformément à l'article 42 du décret de 2004-1404 du 4 novembre 2004. En effet, la région médicale a joué un rôle important en matière d'offre régionale de soins. Elle a permis le contrôle sanitaire des structures publiques et privées de la région, l'accès aux structures régionales de la santé, la formation continue du personnel sanitaire de la région, l'information, la sensibilisation et la communication en matière de santé, le traitement statistique des données de la région médicale, la surveillance des endémies locales, l'appui et la coordination des activités du district.

b) Le District Sanitaire.

167. Le début des années 80 sera marqué par une grande prise en compte de l'offre de soins dans toutes les politiques de développement des pays africains. Ces derniers s'intéresseront davantage aux soins de santé primaires et à l'utilisation des stratégies de décentralisation pour faciliter l'intégration des services curatifs et préventifs¹⁹⁹. Ainsi, la fin des années 80 verra la mise en œuvre dans plusieurs pays du système de district de santé dans le but de l'atteinte des objectifs de la déclaration d'Alma Ata²⁰⁰. Cela a permis à mettre en place des unités opérationnelles dans lesquelles les services de santé ont été mieux intégrés et les systèmes de soins plus renforcés sur la base d'un système de prestation de service s'articulant autour du district de santé. Ainsi le Sénégal pour sa part va en 1991 découper le territoire national en districts par une Circulaire²⁰¹. Le district devient ainsi la plus petite ère géographique dans laquelle peut être mise en œuvre les soins de santé primaires²⁰². Cependant, le découpage du territoire en district par une Circulaire pose un problème de base juridique. Définie comme *une « instruction de service écrite adressée par une autorité supérieure à des agents subordonnés en vertu de son pouvoir hiérarchique, la Circulaire est juridiquement dépourvue de toute force obligatoire vis-à-vis des administrés en dehors du cas exceptionnel ou son auteur serait investi d'un pouvoir réglementaire »*²⁰³. Egalement, le district ne correspond pas toujours à une entité administrative. Ainsi, contrairement à la région médicale, le découpage géographique du district sanitaire obéit principalement à un critère démographique. Autrement dit un département peut disposer de d'un ou plusieurs districts sanitaires.

¹⁹⁹ Don de Savigny, Harun Kasale, Conrad Mbuya, et Graham Réid, *La réforme du système de santé*, Éditions Centre de Recherche pour le Développement International en collaboration avec le ministère de la santé de la Tanzanie, 2004, p. 106.

²⁰⁰ Banque Mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique : les leçons de l'expérience*, Département technique du bureau régional Afrique de la Banque Mondiale 1994, p. 59-61.

²⁰¹ Circulaire du Ministre chargé de la santé n° 1753 du 15 mars 1991 portant adoption du principe de décentralisation des soins de santé par la création de zones opérationnelles appelées districts.

²⁰² Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS II) 2009-2018, p. 22.

²⁰³ Lexique des termes juridiques, 19^{ème} édition, Dalloz 2012, p. 155.

168. Le Sénégal compte 69 districts sanitaires²⁰⁴ qui constituent une subdivision sanitaire proche de la population. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un ou plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé qui supervisent les cases de santé et les maternités rurales. Il comprend au moins un centre de santé de référence appelé « hôpital de district », et des postes de santé conformément à l'arrêté ministériel n° 005796/MS/DS du 13 juillet 2004 fixant les ressorts territoriaux et l'organisation des districts sanitaires. Il est dirigé par un médecin chef de district qui s'appuie sur l'équipe cadre de district et assume cinq types de fonction.

- Une fonction d'intégration de soins (soins intégrés, globaux et continus).
- Une fonction de premier niveau de soins assuré par les cases de santé, les maternités rurales, et les postes de santé (soins curatifs et préventifs).
- Une fonction de référence assurée par le centre de santé de référence qui assure la fonction minimale d'urgence médicale de soins intensifs, d'urgence chirurgicale, de prise en charge d'accouchements compliqués, d'imagerie médicale etc.
- Une fonction de prise en charge d'activités économiques des districts dont le financement doit être assuré par l'Etat, les comités de santé, les collectivités locales, les bailleurs de fonds intervenant directement au niveau du district, les mutuelles de santé, les IPM etc.
- Une fonction de promotion des activités de santé (informations sur les IST, visites guidées ou ciblées, impulsion de la collaboration multisectorielle).

169. En fin de compte, la création du district comme zone opérationnelle de soins a permis une nette amélioration du domaine de l'offre et de l'accès aux soins de santé primaires. Cette amélioration est surtout due aux efforts des autorités sanitaires dans le domaine de la formation, de la planification et les capacités de coordination. Même si le district n'a pas totalement répondu aux besoins des prestations sanitaires de base, il a, tout de même, donné des résultats relativement satisfaisants au Sénégal, tout comme dans beaucoup de pays africains. Il a surtout contribué à endiguer le déficit du personnel en milieu rural en constituant des réseaux d'agents de village ou d'agents de santé communautaires sur le

²⁰⁴ Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS II) 2009-2018, p. 22.

modèle des « docteurs aux pieds nus »²⁰⁵ dont la Chine a si bien usé pour étendre la portée géographique des soins de santé.

170. Ces programmes d'agents sanitaires de village ont joué un rôle très important dans la fourniture des soins de santé dans les zones non desservies. Les effets les plus positifs ont été remarqués surtout dans les pays où le rôle d'intermédiaire que jouent les agents entre la collectivité et le système de santé est clairement défini et où les agents en question bénéficient de l'appui manifeste des centres de santé. C'est ce qui s'est passé au Lesotho, où plus de 4000 agents sanitaires de village formés ont l'appui des conseils de développement locaux, au Zimbabwe où plus de 6000 agents de santé communautaires sont rémunérés en tant qu'agents du développement général et en RDC où les agents de santé communautaires sont choisis par les collectivités pour servir d'intermédiaire avec l'établissement sanitaire. La contribution des agents sanitaires de village ou des agents de santé communautaire à la planification et à la gestion des services de santé est également un fait établi au Kenya, en Tanzanie, en RDC et en Somalie²⁰⁶. Il faut reconnaître qu'il existe au Sénégal des programmes d'agents de santé communautaires pour suppléer le manque de personnel de soins dans les zones reculées. Cependant, ceux-ci n'ont pas fonctionné de manière satisfaisante car les rapports entre ces agents avec le système de santé en place et avec les collectivités locales étaient flous. Egalement, les agents de santé communautaires n'avaient pas été suffisamment formés, à cause du manque d'appui et de supervision systématiques de la part de l'Etat. C'est pourquoi, la contribution qu'auraient pu avoir ces agents avec l'avènement du district a été très faible.

²⁰⁵ Les médecins aux pieds nus à la base étaient des agriculteurs de la République populaire de Chine. Ils recevaient une formation médicale et paramédicale minimale (environ 6 mois) en plus des médecines traditionnelles afin d'exercer dans les villages. L'objectif était d'apporter les soins dans les zones rurales reculées où des médecins formés à la ville ne viendraient pas s'installer. Ces villageois avaient pour mission de diffuser des règles d'hygiène, de faire de la médecine préventive, du planning familial et de traiter les maladies les plus communes

²⁰⁶ Banque Mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique*, op. cit., p. 63.

Paragraphe 2 : La pyramide des structures de soins.

171. L'essentiel des soins étant dispensé par le secteur public, l'hôpital reste donc au cœur du dispositif sanitaire national. Il comprend des aspects administratifs et des aspects médicaux assez complexes et assure en grande partie la mission de service public de santé. Il faut noter qu'à côté de l'hôpital, jouent un rôle important dans le dispositif sanitaire, les structures sanitaires de base ainsi que les établissements privés de santé. Cela dit, l'organisation sanitaire du Sénégal comprend, d'une part, des hôpitaux de référence au niveau national, des hôpitaux régionaux, des centres de santé et des postes de santé composés de dispensaires et de maternités et qui s'appuient sur les cases de santé, et, d'autre part, des établissements privés de santé. En d'autres termes, l'organisation de l'offre de soins s'articule autour des établissements publics de santé (I) et des établissements privés de santé (II).

I : Les établissements publics de santé.

172. Dans le système sénégalais de santé, les établissements publics de santé sont constitués de structures sanitaires de base tels que les centres de santé, les cases de santé et les postes de santé ainsi que des structures hospitalières constituées de centres hospitaliers nationaux, de centres hospitaliers régionaux et de centres hospitaliers communaux. Lieu de prédilection des activités d'offre de soins, de la formation et de la recherche, les établissements publics de santé hospitaliers, conformément l'article 2 de la loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière sont classés selon les critères techniques définis par décret en établissements de santé hospitaliers de premier de second et de troisième niveau. Les établissements sanitaires de base, quant à eux, constituent par excellence le lieu d'activités de prévention et de promotion d'éducation à la santé au-delà des soins courants.

A : Les établissements publics de santé hospitaliers.

173. On distingue essentiellement deux types d'établissements de santé hospitaliers en l'occurrence les établissements hospitaliers nationaux et les établissements hospitaliers régionaux.

a) Les établissements publics hospitaliers nationaux.

174. Ils entrent dans la catégorie d'établissements de santé hospitaliers de troisième niveau. Ils ont une vocation qui s'étend sur l'ensemble du territoire national, liée à leur haute spécialisation en médecine, chirurgie, obstétrique, et psychiatrie²⁰⁷. Ces établissements, ont pour mission d'assurer le diagnostic et de dispenser aux patients des soins préventifs, curatifs et de réadaptation que requiert leur état (...) ²⁰⁸. Au delà de cette mission commune à tous les EPS, les établissements publics de santé nationaux, constitués essentiellement de centres hospitaliers universitaires, concourent à l'enseignement universitaire et post-universitaire. Ils concourent aussi à la formation continue des praticiens et à la recherche médicale, odontostomatologie, pharmaceutique et psychologique²⁰⁹. Avant même la réforme de 1998, le PNDS donnait déjà cette vocation à l'hôpital national, à l'image du CHU²¹⁰, constitue le sommet de la pyramide, le centre de référence pour les spécialités médicales et chirurgicales. C'est un centre de prédilection pour la formation du personnel de santé, mais aussi pour la recherche. Le CHU ambitionne d'être un lieu d'excellence au service de la population, parfaitement intégré dans le tissu du développement socio-économique²¹¹.

²⁰⁷ Alinéa 1 de l'article 3 de la loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière.

²⁰⁸ Article 8 de la loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière.

²⁰⁹ Article 8 de la loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière

²¹⁰ Au Sénégal, la fonction d'hôpital national se confond avec celle du CHU car ce sont les CHU qui assurent les fonctions d'hôpitaux nationaux.

²¹¹ Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS I) 1998-2007, op. cit., p. 50.

175. Selon l'article 14 de la loi de 1998 sur la réforme hospitalière, les conventions hospitalo-universitaires passées entre les établissements hospitaliers et la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, précisent notamment les droits et devoirs des enseignants qui interviennent dans les hôpitaux. Elles déterminent leurs responsabilités et leurs conditions de travail selon les clauses d'une « convention cadre » fixée par arrêté ministériel. Il est également créé un comité de coordination hospitalo-universitaire où siègent des représentants des établissements hospitaliers ayant signé la convention avec la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, et des représentants du ministère de la santé. Un arrêté interministériel fixe la composition, les conditions d'organisation et de fonctionnement de ce comité de coordination et les cas où son avis est requis (article 15 de la loi de 1998 sur la réforme hospitalière).

176. En outre, les grands hôpitaux africains sont généralement situés dans les zones métropolitaines. Il s'ensuit que, même lorsqu'ils ont officiellement pour mission de fournir des soins tertiaires (c'est-à-dire- des soins spécialisés aux patients) à une large proportion de la population, une grande partie de leurs opérations consistent en fait à fournir des soins de santé primaires et de premiers recours à une clientèle en grande partie urbaine. Cela s'explique par la proximité mais surtout par le coût très élevé des prestations de soins de ces établissements. Seuls les patients ayant un revenu assez élevé y bénéficient de l'offre de soins, en général les résidents urbains parce qu'ayant un revenu plus élevé que ceux des zones rurales, la plupart, pauvres. Ainsi, la concentration des ressources au niveau tertiaires dans les zones urbaines, qui profite dans une mesure disproportionnée aux ménages plus aisés, va à l'encontre de l'objectif qui consiste à fournir des soins équitables et d'un bon rapport coût-efficacité à tous les habitants, quelque soit leur niveau de revenu tel que énoncé à l'article 8 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière. Egalement, la concentration des hôpitaux de niveau 3 dans les zones métropolitaines africaines constituent une entrave majeure au droit à l'accès aux soins des patients vivant en milieu rural. A titre d'exemple Dakar à lui seul dispose de tous les centres hospitaliers nationaux qui sont depuis 1998 entrés dans la catégorie d'établissements publics de santé hospitaliers de troisième niveau (tous des CHU). Il s'agit : du CHU de Fann, de l'Hôpital psychiatrique de Thiaroye, de l'Hôpital

Aristide de Dantec, de l'Hôpital d'enfant Albert Royer, de l'Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY)²¹², de l'Hôpital d'Abass Ndao²¹³ et de l'Hôpital Principal de Dakar²¹⁴.

b) Les établissements publics régionaux de santé hospitaliers.

177. C'est la réforme de 1998 qui a attribué cette dénomination aux hôpitaux des régions, en les transformant en établissements de santé hospitaliers. Ainsi, conformément à l'article 2 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 qui définit les hôpitaux selon un critère technique en établissements publics de santé hospitalier de premier, de second et de troisième niveau, l'hôpital régional correspond au second niveau de classification. A cet effet, les établissements publics de santé hospitaliers ont pour mission « *de dispenser des prestations de médecine et de chirurgie générale, d'obstétrique, des soins d'urgence et des soins spécialisés à caractère médicale, chirurgicale ou psychiatrique* » (article 3 de la loi 98-08). Ils constituent selon les termes même de la loi le second niveau de référence pour les formations sanitaires publiques et privées de leurs zones de couverture. Il ne faut pas perdre de vue que les hôpitaux régionaux sont appelés également à assurer une prise en charge de

²¹² Tous ces cinq hôpitaux sont érigés en établissements publics de santé hospitaliers de niveau trois par le même décret en l'occurrence, le décret 99-854 du 27 août 1999, JORS n° 5882 du 18 septembre 1999.

²¹³ Loi 2003-01 du 2 janvier 2003 portant création de l'Etablissement public communal de santé hospitalier dénommé Centre Hospitalier Communal d'Abass Ndao. Cependant, il y a un amalgame de la part du législateur concernant l'érection de cet hôpital en établissement public de santé. Cet hôpital, qui dépendait depuis 1983 à la communauté urbaine de Dakar dissoute en 2000 et confié depuis lors à la mairie de Dakar, est érigé par le législateur en établissement public de santé hospitalier de niveau 3 c'est-à-dire élevé au rang d'hôpital national, tout en lui reconnaissant son caractère communal. Seulement, conformément à l'article 2 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière, un centre hospitalier communal correspond à un établissement de premier niveau. Ainsi, selon l'article 4 du décret 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé, les présidents des Conseils d'Administrations des hôpitaux de niveau 3 sont choisis parmi les personnalités qualifiées alors que les présidents des Conseils d'Administrations des établissements publics de santé créés par les collectivités locales sont nommés par délibération du conseil régional, du conseil municipal ou du conseil rural suivant que l'établissement a été créé par la région, la commune ou la communauté rurale. C'est cette dernière disposition qui s'applique en réalité au centre hospitalier d'Abass Ndao, malgré qu'il soit considéré comme un hôpital de niveau 3, car son Conseil d'administration est présidé par le maire de la ville de Dakar (son territoire d'implantation) Khalifa Sall.

²¹⁴ Loi n° 2000-01 du 10 janvier 2000 portant création d'un établissement public de santé à statut spécial dénommé Hôpital Principal de Dakar (JORS n° 5904 du 5 février 2000). L'hôpital principal de Dakar était un établissement de l'Etat français avant l'indépendance. Il a été transféré à l'Etat du Sénégal en 1971, tout en gardant sa spécificité de l'hôpital d'instruction du service de santé des armées. Il est sous l'autorité du chef d'état major général des forces armées et relève du ministère des forces armées. Cependant, cet établissement dans l'exécution de sa mission de service public accueille des militaires comme des civils.

plus en plus importante des maladies mentales et de la réduction fonctionnelle des handicapés moteurs²¹⁵.

178. L'hôpital régional, implanté au chef lieu de la région ou du département, appuie techniquement les districts dans leurs activités cliniques spécialisées et participe à la formation et à la supervision des personnels de santé dans le cadre des activités de l'équipe cadre régionale. Cependant, très peu d'hôpitaux arrivent à jouer leur rôle de référence régionale à cause de leurs plateaux techniques déficients, marqués par leur vétusté, par l'insuffisance de matériel et de consommables et d'un déficit du personnel et de médicaments. Egalement, la norme de couverture de l'hôpital régional proposée par le gouvernement à savoir 150 000 habitants²¹⁶ est fort éloignée de la situation actuelle du pays qui ne compte que 20 hôpitaux dont sept sont nationaux, implantés à Dakar. De plus, faire un ratio « hôpital par habitant » n'a pas beaucoup de sens parce que selon les hôpitaux, l'offre de service varie considérablement. Il est donc préférable de proposer un ratio de lits hospitaliers pour les grandes disciplines en relation avec la population de la zone d'attraction.

179. Notons que la loi sur la réforme hospitalière n'a pas fait mention dans sa classification d'hôpitaux départementaux, alors qu'ils en existent²¹⁷. Cette classification peut porter objet à confusion car l'article 2 de la loi 98-02 dispose que « *les établissements publics de santé hospitaliers sont classés selon le critère technique défini par décret en établissements publics de santé hospitaliers de premier, de second et de troisième niveau* ». Il ajoute, « *suivant sa localisation ou ses caractéristiques techniques ou administratives particulières, tout établissement public de santé hospitalier est dénommé centre hospitalier national, régional ou communal* ». A cet effet, la conjonction de coordination « ou » à notre avis pose problème car si on se réfère à la classification faite à l'alinéa premier de l'article 2 qui dispose clairement que les établissements publics de santé hospitaliers sont classées en

²¹⁵ En réalité peu d'établissements hospitaliers régionaux disposent de services spécifiques pour la prise en charge de ce volet.

²¹⁶ Banque Mondiale, *Rapport analytique santé et pauvreté au Sénégal*, Département du développement humain région Afrique, juin 2006, p. 79.

²¹⁷ Ce fut l'exemple de l'hôpital de Dioum et de l'hôpital d'Ourossogui.

établissements de premier, de second et de troisième niveau, il vaut mieux mettre la préposition « et » à la place de « ou » par souci de cohérence.

En effet, l'article 2 de la loi n° 98 du 2 mars 1998 sur la réforme hospitalière doit être revu car, à notre avis, incohérent. Ainsi, par souci de cohérence et de respect à la logique de la politique de santé de l'Etat qui est de correspondre la décentralisation de la gestion des établissements hospitaliers à la décentralisation territoriale dans le cadre de la régionalisation, le mieux serait donc de dire « *les établissements publics de santé hospitaliers sont classés en établissements de premier, de second et de troisième niveau ; et suivant sa localisation ou ses caractéristiques techniques ou administratives particulières tout établissement public de santé hospitalière est dénommé centre hospitalier national, régional, départemental ou communal* ». Il faut rappeler qu'au Sénégal le statut des hôpitaux communaux pose problème car en réalité les hôpitaux ne sont pas gérés par les communes, mais directement par l'Etat et ses entités déconcentrées (département et région), et le seul hôpital qui est réellement pris en charge par une commune est l'Hôpital Abass Ndao²¹⁸, géré par la mairie de Dakar²¹⁹. En France, la loi sur l'organisation hospitalière donne une classification beaucoup plus claire. Elle dispose à cet effet, « *le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas* » (article 8 loi HPST)²²⁰.

²¹⁸ C'est l'hôpital qui connaît le plus de problème de gestion au Sénégal car les rôles entre l'Etat et la mairie de Dakar semblent ne pas être définis et c'est toujours la guerre entre les deux. Il faut rappeler que la mairie de Dakar qui est actuellement dirigée par un élu du parti socialiste principal parti d'opposition du Sénégal, ce qui ne semble pas arranger les choses et ces conflits interminables prennent sans cesse en otage les patients.

²¹⁹ Il faut aussi rappeler qu'un seul hôpital au Sénégal se trouve implanté dans une communauté rurale en l'occurrence l'hôpital de Touba, un établissement dont le plateau technique et la capacité d'accueil n'a rien à envier à la plupart des hôpitaux nationaux dits de troisième niveau. L'hôpital de Touba est un hôpital dont la construction et le financement ont été assurés par les disciples du « marabout » de la plus grande confrérie musulmane du Sénégal en l'occurrence le « Mouridisme » dont le chef spirituel est Cheick Amadou Bamba Backé. Jusqu'au moment où ces lignes sont écrites cet hôpital n'est pas encore érigé en établissement public de santé hospitalier.

²²⁰ Cette disposition correspond à l'article à savoir l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique français.

B : Les structures sanitaires de base.

180. Les structures de base sont des établissements non hospitaliers constituant par excellence le lieu des activités de prévention et de promotion de l'éducation à la santé au-delà des soins courants. Elles sont constituées de centres et de postes de santé, de dispensaires et de maternités, qui s'appuient sur les cases de santé.

a) Les centres de santé.

181. En 1991, une circulaire du ministère chargé de la santé va procéder au découpage du pays en districts sanitaires²²¹. Cette circulaire a institué 45 districts qui contrairement aux régions médicales ne correspondent pas au découpage administratif territorial. Ainsi, existera au moins dans chaque district un centre de santé de référence. La circulaire fixe ainsi, un centre de santé pour 100 000 à 150 000 habitants. Suivant les particularités géographiques un ou deux centres de santé secondaires peuvent compléter le centre de santé de référence dans un même district. Au départ, il existait 52 centres de santé pour les 45 districts sanitaires. Ce nombre va considérablement augmenter au fil des années, passant de 52 en 1991 à 70 en 2009 dont 23 centres de santé de référence, répartis dans 69 districts sanitaires. Les nouveaux districts sanitaires estimés au nombre de douze ne disposent pas encore de centre de santé fonctionnel²²².

182. Le centre de santé constitue l'établissement de référence au niveau du district sanitaire. Il joue un rôle incontournable en matière d'offre de soins en ce sens qu'il est le niveau de soins le plus acceptable, proche de la population locale. Il est dirigé par un médecin qui assure la fonction de médecin-chef. On distingue cependant deux types de centres de santé au Sénégal : le centre de santé de type 1, sans bloque opératoire et le centre de santé de type 2,

²²¹ Circulaire du Ministre chargé de la santé n° 1753 du 15 mars 1991 portant adoption du principe de décentralisation des soins de santé par la création de zones opérationnelles appelées districts sanitaires.

²²² PNDS 2 (2009-2018), op. cit., p.14.

qui en plus du plateau technique habituel dispose d'un bloc opératoire²²³. Le centre de santé a donc pour mission d'assurer au minimum « *la prise en charge des accouchements compliqués, les urgences médicales, les examens de laboratoire, la radioscopie et la radiographie* ». Il dispose enfin d'une capacité d'hospitalisation qui varie de 20 à 30 lits à plus de 50 lits. Il est composé au minimum de « *deux médecins, un technicien supérieur, dix infirmiers d'Etat ou agents sanitaires, trois aides infirmiers, un agent d'hygiène, un technicien en odontologie, un technicien d'assainissement, un gestionnaire comptable, un aide anesthésiste, un infirmier responsable des médicaments, trois matrones, un secrétaire, un gardien et un chauffeur* »²²⁴. Rappelons en outre que le centre de santé est le second palier du système de recours public, implanté dans une commune. il sert ainsi d'appui aux postes de santé.

b) Les postes de santé.

183. Ils constituent un maillon important de l'offre de soins. Lieu de prédilection de la prévention et de l'éducation de la population à la santé, les postes de santé offrent un paquet minimum de soins de base. La participation de la population est mieux organisée à ce niveau par le biais des comités de santé qui assurent régulièrement la gestion et la maintenance des postes de santé. Leur norme et leur gestion tendent à respecter celles de l'OMS. Le Sénégal compte ainsi un poste de santé pour 11500 habitants alors que l'OMS fixe la norme à un poste de santé pour 10000 habitants. Le ministère de la santé va même plus loin en fixant pour certaines régions un objectif d'un poste de santé pour moins de 10 000 habitants. Il en est ainsi pour la région de Tambacounda, vaste et peu peuplée où la norme est fixée à un poste de santé pour 5000 habitants²²⁵. La couverture actuelle qui est environ un poste pour un peu plus de 11000 habitants n'est donc pas loin de l'objectif national. La maintenance des différents postes de santé est assurée en général par les comités de santé. Depuis Alma Ata, on note une augmentation des postes de santé et selon les estimations du PNDS le Sénégal en 2008 compte 971 postes de santé dans le secteur public²²⁶.

²²³ Banque Mondiale, *Rapport analytique santé et pauvreté au Sénégal*, op. cit., p. 79.

²²⁴ PNDS I (1998-2007), p. 53.

²²⁵ <http://www.sante.gouv.sn/programme/PNDS.htm>.

²²⁶ PNDS II (2009-2018), p. 16.

184. Le poste de santé est composé au minimum « d'un infirmier, d'un agent de santé communautaire (ASC) secondant l'infirmier chef de poste, d'un agent administratif et d'un manoeuvre »²²⁷. Il se situe à la base de la pyramide des soins. Il est généralement dirigé par un infirmier chef. Il couvre les cases de santé, les dispensaires et les maternités. Il peut avoir une maternité ou une salle de soins dentaire comme au niveau du centre de santé. Il assure les soins de premiers recours. Des activités de prévention et de promotion de l'éducation à la santé y sont aussi organisées. A ce niveau, il a joué un rôle important en matière d'amélioration de la santé de la population grâce à sa proximité avec celle-ci. Ainsi, le nombre de personnes traitées pour des maladies autrefois ciblées par les programmes sélectifs, comme la rougeole, le tétanos et la diarrhée ont considérablement diminué, ceci grâce aux campagnes de sensibilisation et de vaccination qu'il organise fréquemment. Egalement, le poste de santé permet à la population d'avoir plus facilement accès aux soins même si son plateau technique, comparé à celui du centre de santé ou de l'hôpital de manière générale, reste très réduit.

185. En outre, il faut rappeler qu'au-delà des structures évoquées, il existe aussi des établissements spécialisés et des établissements de santé militaires. Ceux-ci jouent un grand rôle en matière d'offre de soins. Concernant les établissements spécialisés, il s'agit conformément à la loi sur la réforme hospitalière²²⁸ du centre de transfusion sanguine, de la pharmacie nationale d'approvisionnement et du centre d'appareillage et d'orthopédie. A ceux-ci, s'ajoutent les services d'assistance et d'urgence, des centres ambulatoires et de l'école nationale de développement sanitaire et social (ENDSS), érigée en établissement public²²⁹. Concernant les établissements de santé militaires, ils sont gérés par l'armée et sont régis par des textes particuliers. Ils sont répartis par zones ou régions militaires. Ils sont souvent implantés dans les casernes et ils disposent d'équipements sanitaires et de personnel médical assez satisfaisants. Ainsi, deux hôpitaux sont gérés par l'armée, il s'agit de l'hôpital principal de Dakar et de hôpital militaire de Ouakam, tous élevés au rang d'établissements publics de

²²⁷ PNDS I (1998-2007), p. 53.

²²⁸ Article 20 de la loi 98-12 du 2 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.

²²⁹ Décret n° 96-634 du 18 juillet 1996 abrogeant et remplaçant le décret 92-1400 du 7 octobre 1992 portant création de l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS) et le décret n° 2005-446 du 23 mai 2005 abrogeant et remplaçant les articles 36, 37 du décret n° 96-634 du 18 juillet 1996 portant création de l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS).

santé hospitaliers. L'armée dispose également d'une quinzaine de centres de santé, d'une dizaine de laboratoires et de postes de santé sur l'ensemble du territoire. En effet, la collectivité militaire de prévention et de prise en charge des malades s'inscrit, compte tenu du rôle qu'elle joue en matière d'offre de soins, dans la politique générale de santé publique.

En effet, les établissements publics de soins constituent les structures de soins qui assurent le plus l'offre de soins. Cependant, ce domaine est largement investi par le secteur privé dont l'apport est l'un des plus importants.

II : Le secteur privé de santé.

186. Le secteur privé repose sur la liberté d'entreprendre qui implique une liberté d'établissement et d'installation. Ce secteur a toujours existé, mais l'Etat a décidé de le libéraliser le plus à partir de 1998, en prévoyant une autorisation d'exploitation et en tenant compte des établissements privés dans la carte sanitaire. Ils peuvent même participer au service public. Traditionnellement, on distingue le secteur privé lucratif du secteur privé non lucratif²³⁰. Pour le premier, il s'agit de structures commerciales²³¹ et pour le second, il s'agit des associations²³² ou des ONG. En effet, personnes morales de droit privé, les structures privées fournissent à la population des prestations liées à ses besoins en santé. Egalement, on peut ranger la médecine traditionnelle dans le secteur privé mais celle-ci fera l'objet d'une ample étude dans la seconde partie de ces travaux.

²³⁰ La loi portant réforme hospitalière fait référence à cette distinction et prévoit également la possibilité pour les établissements privés de participer au service public (article 10 de la loi 98-09 du 2 mars 1998).

²³¹ Il s'agit des sociétés civiles et selon l'article 766 du COCC la société civile est le contrat par lequel deux ou plusieurs personnes mettent en commun des apports et constituent une personne morale pour les exploiter et se partager les profits et les pertes qui résulteront de cette activité. Ainsi, les sociétés commerciales se distinguent des associations par leur but lucratif (article 764 COCC).

²³² Le Code sénégalais des obligations civiles et commerciale définit l'association comme le contrat par lequel deux ou plusieurs personnes mettent en commun leur activité et au besoin, certains biens, dans un but déterminé autre que le partage des bénéfices (article 811 COCC).

A : Le secteur privé lucratif.

187. Le secteur privé lucratif est composé d'entreprises individuelles ou collectives. Il s'agit de sociétés commerciales régies par le COCC (article 765 et suivantes) mais c'est l'acte uniforme de l'Organisation pour l'Harmonisation du Droit des Affaires (OHADA) qui donne une définition plus complète en disposant que « *la société commerciale est créée par deux ou plusieurs personnes qui conviennent par un contrat, d'affecter à une activité des biens en numéraire ou en nature, dans le but de partager le bénéfice ou de profiter de l'économie qui pourra en résulter. Les associés s'engagent à contribuer aux pertes dans des conditions prévues par le présent acte uniforme. La société doit être créée dans l'intérêt commun des associés* » (titre I article 4 de l'acte uniforme)²³³. Cette disposition s'applique aux structures privées de santé à but lucratif. Ainsi, pour pouvoir exercer les prestations de santé, ces établissements doivent obtenir une autorisation du Ministre de la santé. Il faut noter qu'en l'absence de loi spécifique réglementant le secteur des cliniques privées au Sénégal, les autorités administratives, dans le souci de mettre de l'ordre dans ce secteur, ont pris un certain nombre de dispositions afin de l'encadrer. Il naîtra ainsi, le décret n° 77-745 du 20 septembre 1977 portant réglementation des cliniques privées. « *Ce décret s'applique à toutes les catégories de cliniques privées : mixtes, médicales, chirurgicales et d'accouchement* » (article 1). A ce titre, comme l'indique son rapport de présentation, il a pour objectif « *de fixer le fonctionnement des cliniques en ce qui concerne l'équipement, le personnel, les catégories de chambre, l'intendance et le contrôle technique* ».

188. Le secteur privé lucratif joue un rôle très important en matière d'amélioration de la santé publique. Ce secteur, même s'il ne donne pas une possibilité d'accès à tous, offre tout de même une prise en charge beaucoup plus satisfaisante. La remarque est qu'en général les services publics de soins se trouvent être dans des situations où ils sont incapables d'assurer leur mission car ayant un plateau technique souvent réduit à sa simple expression à cause d'une insuffisance de matériels, de consommables, de médicaments et d'un déficit du personnel. Dès lors, les usagers plus ou moins nantis, fréquentent peu les hôpitaux publics pour se faire soigner. Ils préfèrent, la plupart du temps se rendre dans les structures privées de

²³³ Acte Uniforme de l'OHADA relatif au droit des sociétés commerciales et des groupements d'intérêt économique, 17 avril 1997, p. 309 (J.O. OHADA n° 2, 01/10/97, p. 1 et s.).

soins plus coûteuses, mais ayant l'avantage de présenter des plateaux techniques de qualité et des compétences reconnues, en sus des bonnes conditions hôtelières. A la question de savoir ce qui fait la renommée de la clinique des Mamelles (Dakar), M. Ismaïla Diop nous a répondu : *« la force de la clinique comme d'ailleurs beaucoup de cliniques sénégalaises, c'est le sérieux et l'obligation de résultat, même si cette dernière s'avère impossible, mais tendre vers est possible. Et, c'est pour cette raison que malgré le coût très élevé de la prise en charge²³⁴, nous restons très sollicités »²³⁵.*

189. On note également, dans le cadre de la médecine pré-hospitalière, une présence remarquable du secteur privé²³⁶. A ce niveau, deux sociétés ont pignon sur rue. Il s'agit de SOS Médecins, structure médicale très professionnelle qui assure les visites à domicile et le transport médicalisé des malades et des blessés, grâce à un parc d'ambulances bien équipé et d'une équipe médicale composée d'une vingtaine de médecins. Elle assure également les rapatriements sanitaires pour le compte des sociétés d'assistance. Quant à la SUMA (Société d'Urgence Médicale et d'Assistance), société concurrente, elle possède également un parc important d'ambulance. Spécialisée surtout dans le transport sanitaire, la SUMA prend en charge les évacuations des patients vers les pays de la sous-région (Mali), mais aussi à l'international (en France surtout). En outre, le secteur privé de santé lucratif participe de façon exemplaire à l'offre de soins²³⁷, ce qui permet dans une certaine mesure de pallier aux insuffisances du secteur public.

²³⁴ Le prix journalier d'une chambre individuelle s'élève à 60000FCFA, d'une chambre à deux 45 000F, pour la consultation générale, elle coûte 20 000F et pour la consultation spéciale 22 500F.

²³⁵ Entretien avec le docteur Ismaïla Diop, médecin généraliste à la Clinique des Mamelles de Dakar, Dakar le 07 janvier 2011.

²³⁶ Il faut rappeler que la médecine pré-hospitalière est représentée sur le plan public, en général, par les ambulances des sapeurs pompiers non médicalisées pour la plupart.

²³⁷ C'est d'ailleurs le secteur qui offre le plus, une offre de qualité et un accueil chaleureux aux patients.

B : Le secteur privé non lucratif.

190. Il s'agit généralement de formations créées par les associations ou d'autres organisations. Celles-ci ne visent pas la réalisation des bénéfices. Ainsi, certains auteurs tels que Gérard Mémeteau, Alfandari-Buron estiment que « *l'établissement de santé poursuit un but lucratif dès lors que ses projets donnent lieu à partage et, qu'à contrario, le caractère non lucratif de l'institution découlera de la non redistribution des projets liés à son activité* »²³⁸. Elles œuvrent généralement pour des raisons d'humanité sociale. Il s'agit au Sénégal, des structures privées confessionnelles, des ONG, des formations sanitaires, des cabinets ou infirmeries d'entreprise dont le dispensaire d'ophtalmologie de Bopp.

a) Les associations confessionnelles.

191. Il s'agit surtout des associations catholiques, même si d'autres entités religieuses interviennent dans ce secteur. Il s'agit de la communauté mouride qui a construit à Touba²³⁹ son hôpital, l'a équipé et a même eu une influence considérable sur le choix du médecin-chef directeur d'hôpital. Au Sénégal, l'église catholique constitue un acteur majeur en matière d'offre de soins aux démunis. Cette offre s'opère sans discrimination d'appartenance religieuse, c'est-à-dire qu'elle concerne aussi bien les musulmans, les catholiques que les animistes. Bref toute la population y est accueillie, diagnostiquée, soignée. L'église est présente dans les hôpitaux comme celui d'Abass Ndao avec la pouponnière. La plupart des orphelinats au Sénégal sont gérés par des membres de l'église. Mieux encore, l'église a construit des dispensaires un peu partout à travers le pays. Les principales régions qui bénéficient de ces implantations sont surtout Thiès, Dakar et Ziguinchor²⁴⁰. On dénombre dans le secteur privé à but non lucratif 77 postes de santé privés catholiques²⁴¹ répartis

²³⁸ Cf, Eric Rossini, *Les établissements de santé privés à but non lucratif, étude juridique*, LGDJ-EJA 1992, p 54.

²³⁹ Situé dans la région de Diourbel, Touba est appelé la Capitale du mouridisme, la plus puissante confrérie religieuse du Sénégal créée par Cheikh Ahmadou Bamba.

²⁴⁰ Les régions de Kaffrine et Matam ne disposent pas d'implantations de postes de santé privés catholiques.

²⁴¹ Alioune Thiam, *l'offre de soins et responsabilité médicale : exemple du Sénégal*, Thèse de doctorat de l'Université de Montpellier 1, année 2010, p.77.

inégalement sur le territoire national. Leurs structures sont souvent dénommées « KEUR SOEUR », qui veut dire en français «maisons des sœurs» où des infirmières officient en permanence, souvent appuyées par des médecins qui viennent de l'étranger pour des missions de courte durée. Les soins sont dispensés moyennant une contribution symbolique de faibles sommes allant de 100F à 300f CFA. Les médicaments génériques sont souvent donnés gratuitement aux patients.

192. Rappelons en fin que les structures de soins confessionnelles bénéficient d'une opinion favorable auprès de la population africaine surtout des couches des plus démunies. Cette situation, au-delà du savoir faire technique, est surtout liée à la qualité de l'accueil dans ces établissements émanant même des valeurs chrétiennes à savoir l'amour du prochain, le désintéressement, l'attention aux plus démunis. Leur rôle en matière d'accès aux soins pour les démunis et de la population des zones reculées et d'accès difficile n'est plus à démontrer. A titre d'exemple, dans les années 80, une revue de l'offre de soins catholique portant sur le Bénin, le Burundi, le Cameroun, le Sénégal, le Togo et l'ex-Zaïre estimait que 30 à 50% des prestations fournies dans les centres de santé des pays africains le sont par des structures confessionnelles²⁴².

b) Les organisations non gouvernementales (ONG)²⁴³.

193. Les organisations non gouvernementales de solidarité internationale ont connu une forte croissance depuis les années quatre-vingt. Selon l'union des associations internationales de Bruxelles, elles seraient 38 000, dont 2 000 accrédités auprès du Conseil Economique et Social des Nations Unies. En 2006, leurs ressources étaient estimées par l'OCDE à 10 milliard d'euros et elles dispenseraient l'équivalent d'un quart de l'aide publique au développement, soit 17 milliard d'euros²⁴⁴. Le domaine d'action des ONG est

²⁴² Marc-Eric Gruénais, « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne », <http://www.cairn.info/revue-autrepart-2004-1-page-29.htm>, p. 10.

²⁴³ L'expression Organisation Non Gouvernementale (ONG) est apparue en 1946 dans le vocabulaire international à l'article 71 de la Charte des Nations Unies, avant d'être progressivement précisée par la jurisprudence et la pratique des relations internationales.

²⁴⁴ Jean Marie Crouzatier, *Droit international de la santé*, Éditions des archives contemporaines 2009, p. 53.

divers mais nous nous intéresserons au domaine sanitaire international particulièrement couvert par les ONG dites « humanitaires ». Ainsi selon Jean Marie Crouzatier, *la notion humanitaire qui est devenu un phénomène majeur des sociétés contemporaines et une des façons dont l'opinion publique des pays riches se représente la souffrance dans les pays du Sud : un médecin ou un secouriste soigne une victime, en dehors de tout contexte social, politique ou organisationnel, de façon désintéressé, politiquement neutre, sans motivation économique ou commerciale*. Cette position vraie ou fausse, on s'accorde tous à reconnaître que dans les pays en développement, ces organisations qui émanent généralement de personnes ou de structures provenant de l'étranger, ont de tout temps été motivées par le devoir de charité et la volonté de solidarité de donner aux plus démunis nourriture, vêtements ou logement et d'assister, surtout dans les zones rurales, les démunis notamment par une offre de soins de santé.

194. Beaucoup d'organisations non gouvernementales interviennent dans le domaine de la santé au Sénégal. Ainsi, le décret n° 96-103 du 8 février 1996 modifiant le décret n° 89-775 du 30 juin 1989 fixant les modalités d'intervention des ONG définit en son article premier les ONG comme « *des associations ou des organismes privés régulièrement déclarés, à but non lucratif, ayant pour objet d'apporter leur soutien au développement du Sénégal et agréées en cette qualité par le gouvernement* ». Les ONG intervenant dans le domaine de l'offre de soins au Sénégal sont le plus souvent des structures associatives comme CARITAS-Sénégal²⁴⁵ ou Association Education pour la Santé de la Première Dame de l'Etat du Sénégal, madame Viviane Wade. Caritas Sénégal est l'une des plus vieilles ONG africaines créée après la seconde guerre mondiale sous le nom de « Secours catholique ». Elle travaille avec le gouvernement du Sénégal et avec un grand nombre de partenaires internationaux pour mener à bien des projets incluant l'aide d'urgence en cas de besoin, des programmes sanitaires, le développement des infrastructures et la formation des jeunes. L'Association Education pour la Santé également joue un rôle important en matière d'offre et d'accès aux soins par la réalisation des structures de santé dans les zones reculées. A titre illustratif, elle a contribué à la construction de l'hôpital Nénéficha dans la région de

²⁴⁵ Cette structure est un sous-secteur de Caritas internationale, une ONG catholique fondée en 1950, qui fédère plus d'une centaine de Caritas nationales et apporte une assistance alimentaire aux réfugiés en Afrique et en Amérique Latine.

Tambacounda. Par ailleurs, cet hôpital souffre d'une sous fréquentation de la population et d'un manque de personnel qualifié²⁴⁶, ce qui est regrettable eu égard aux efforts déployés.

195. Il est important de noter le rôle important que jouent certaines ONG dans la zone du Sud du Sénégal en proie à un conflit armé vieux de près de trente ans. Il s'agit de l'exemple de l'Association Actions Médicales Kassoumay, association de praticiens étrangers (français en réalité) qui officie dans la région de Ziguinchor plus particulièrement Diembéring. Cette association dirigée actuellement par docteur Annie Bouchet s'active depuis dix ans dans cette zone où beaucoup d'établissements de santé sont fermés à cause de l'insécurité. Elle intervient dans le domaine de la prévention, du diagnostic, du traitement des maladies et de la réhabilitation de structures de santé. Elle effectue également du parrainage médical des enfants malades issus des familles démunies ainsi que le parrainage scolaire des jeunes filles en difficultés. Elle bénéficie en ce sens du soutien de France Télécom²⁴⁷. On peut également citer l'ONG Enfance et Paix qui a joué un rôle incontournable dans la lutte contre le paludisme dans les zones les plus reculées de la Casamance, à travers la sensibilisation de la population. Il faut noter en ce sens qu'entre 1994 et 2001, la situation sanitaire des régions de Kolda et de Ziguinchor s'était considérablement dégradée en raison du conflit armé qui prévalait dans cette partie sud du Sénégal. Les zones non loin de la frontière avec la République de la Guinée-Bissau étaient plus fragiles et sujettes à une très grande mobilité de la population qui fuit les combats et les mines anti-personnelles. Le chemin du retour dans ces zones n'a été effectif qu'à partir de mai 2002 dans la zone de Bagna, Cauda, Brassou etc. suite à une relative accalmie. Malheureusement, ces derniers retrouvent des habitats insalubres et l'environnement propice à l'épanouissement du paludisme qui a tué par endroit plus que la guerre elle-même²⁴⁸. Ainsi, la stratégie de base communautaire développée par l'ONG Enfance et Paix, ses partenaires, de même que les rares services étatiques d'alors en activité dans cette zone donnera ses fruits car ayant permis de faire chuter de manière considérable le paludisme. D'autres ONG, en dehors de celles déjà citées, interviennent également de façon non négligeable dans le domaine de l'offre de soins au Sénégal. Il s'agit d'Handicap International, de PROMETRA International, d'Enda Tiers Monde, du CICR, USAID, etc.

²⁴⁶ Cette situation s'explique par manque d'infrastructures routières ou des routes en très mauvais état, menant à cet hôpital, implanté dans une zone fortement enclavée.

²⁴⁷ Entretien en 2010 avec Mme Masquefa Anne Vialla, médecin généraliste et membre de cette association.

²⁴⁸ Khady Marone, *Les ONG dans la promotion du droit à la santé*, Mémoire de master en droit de la santé, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2007, p. 35.

196. Toutes ces ONG appelées aussi organisations ou associations de solidarité internationale se caractérisent par l'origine privée de leur constitution, la nature bénévole de leurs activités et le caractère international de leurs objectifs, même si en Afrique, on rencontre de plus en plus d'ONG ayant des objectifs limités à un pays ou une région bien déterminée. On peut citer l'exemple de la « Fondation de la Sonatél²⁴⁹ » au Sénégal qui apporte son soutien au secteur de la santé. En mars 2011, elle a fait don d'une ambulance médicalisée au centre hospitalier régional de Tambacounda²⁵⁰. Ainsi, lors de la cérémonie de remise du matériel, le responsable de la SONATEL de cette localité, El hadji Pam, a rappelé que, « *la Fondation SONATEL, créée en 2002, ne cesse depuis lors d'apporter sa pierre à l'édifice, tout en inscrivant ses actions dans les domaines de la santé et de l'éducation* »²⁵¹. A ceci, il faut ajouter le rôle des médecins humanitaires connus sous le nom de médecins sans frontière dans les pays émergents ou victimes de conflits armés. On peut citer à titre d'illustration, le remarquable travail effectué par Françoise Lapierre et son équipe en République Guinéenne. Ils ont réhabilité et équipé l'hôpital de Kouroussa, procédé à la sensibilisation de la population sur les programmes de vaccination ainsi qu'à l'encadrement et à la formation du personnel soignant²⁵². Tous ces aspects, montrent en outre, que les ONG constituent un soutien de taille de la population en matière d'accès aux soins.

C : Les établissements privés participant au service public.

197. Un très grand nombre d'établissements privés de santé surtout participent au service public²⁵³. C'est pourquoi la loi sur la réforme hospitalière de 1998 a prévu l'adhésion plus formalisée à la notion de service public hospitalier pour ces catégories d'établissements. A cet effet, la loi portant réforme hospitalière prévoit que « *les établissements privés*

²⁴⁹ La SONATEL est une société de télécommunication, filiale du groupe France-Télécom, d'ailleurs la première dans ce domaine au Sénégal.

²⁵⁰ Cet aspect est important à être souligné car au Sénégal très peu d'établissements de santé disposent d'ambulances médicalisées.

²⁵¹ Le journal « l'Office » du lundi 21 mars 2011 p. 5.

²⁵² Françoise Lapierre, « Mission humanitaire dans les pays émergents : l'expérience de la formation », Revue générale droit médicale, n° 8, Les Études Hospitalières 2002, p. 255 et s.

²⁵³ Il s'agit essentiellement des établissements privés de santé à but non lucratif.

*hospitaliers peuvent participer à l'exécution des missions de service public sur demande de la personne morale dont ils dépendent. Ces établissements, dans ce cas, doivent respecter les obligations du service public imposées aux établissements publics de santé*²⁵⁴. Ces établissements privés peuvent bénéficier de subventions de la part de l'Etat ou des collectivités locales dans un cadre professionnel » (article 35 de la loi sur la réforme hospitalière). La charte d'admission est prise par le Ministre chargé de la santé, le refus d'admission doit être motivé (article 35 dernier paragraphe). La loi prévoit également que, « *le budget des entreprises conventionnées est soumis à l'approbation à la fois du Ministre des finances et du Ministre de la santé* » (article 36). Il faut signaler que pour les activités relevant du secteur public, les établissements privés respectent les mêmes règles de santé que les établissements publics de santé. Des sanctions pénales sont également prévues en cas de non respect de la réglementation et de la législation.

198. Il faut par ailleurs rappeler que la réforme hospitalière n'a institutionnalisé que tardivement une pratique qui existe déjà au Sénégal depuis longtemps. Cependant, même en France la reconnaissance de la mission de service public aux établissements privés de santé est récente car elle n'émane que de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. A ce titre, André De Laubadere précise que « *jusqu'en 1970, le service public hospitalier ne pouvait être assuré que par les établissements hospitaliers publics* ». A cet effet, il affirme « *la grande nouveauté de la loi du 31 décembre 1970 réside dans son ampleur et son invitation faite au secteur privé de s'intégrer dans le service public hospitalier qui ne concernait auparavant que le public* »²⁵⁵. Au Sénégal, c'est grâce à la loi de 1998, qu'on voit apparaître de manière formelle une collaboration étroite entre certains établissements privés de santé et le service public hospitalier. Cependant, un seul établissement privé s'est vu accordé cette mission, l'Hôpital privé Saint Jean de Dieu²⁵⁶. Il s'agit d'un établissement privé de santé à but non lucratif d'œuvre catholique dont l'objectif est de venir au secours des indigents. La prérogative de service publique accordée par le Ministre chargé de la santé à cet établissement lui permet au même titre que des EPS de bénéficier des subventions venant de

²⁵⁴ Ils doivent ainsi répondre s'ils veulent prétendre à l'exécution du service public à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par les lois sur la réforme hospitalière et établir un projet d'établissement compatible avec les objectifs de la politique nationale de santé.

²⁵⁵ André De Laubadere : « La réforme hospitalière », AJDA, 1971, p.90.

²⁵⁶ C'est d'ailleurs, le seul hôpital privé qui existe au Sénégal.

l'Etat. Aussi, dans l'exécution de ses fonctions, il bénéficie du soutien du personnel du service public hospitalier qui lui est affecté ainsi que des étudiants de médecine de l'université de Dakar qui y viennent afin de compléter leur formation.

199. En fin de compte, on remarque au Sénégal un nombre important d'établissements de santé du secteur privé. On y trouve un hôpital, des cliniques privées, des cabinets médicaux et dentaires, des officines de pharmacie, des dépôts privés de médicaments, des services d'urgence, des infirmeries privées et des laboratoires d'analyse médicale. On y compte en moyenne 1 hôpital privé confessionnel (Hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès), 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 77 postes de santé privés, 843 officines de Pharmacie, 4 grossistes répartiteurs, 3 industries pharmaceutiques et l'Institut Pasteur de Dakar devenu Fondation de droit sénégalais en décembre 2008 et qui fabrique le vaccin anti-amaril. A cela s'ajoute l'offre de santé des ONG et des Associations. Il convient de signaler l'existence d'une offre privée en matière d'aide au diagnostic avec 12 laboratoires privés d'analyses médicales dont 10 à Dakar et une dizaine de services d'imagerie²⁵⁷.

Par ailleurs, le secteur privé de santé, au-delà des établissements habilités, connaît une offre de soins de la médecine traditionnelle. Ce secteur quoique formel, joue un rôle qu'ont ne saurait ignorer dans la mesure où la population africaine en a fait son premier recours aux soins.

D : Le secteur de la médecine traditionnelle²⁵⁸.

200. le secteur traditionnel d'offre de soins présente une grande importance pour une bonne partie de la population. Mais, étant donné qu'il s'agit d'un secteur informel, sa caractéristique principale est qu'il met en marge la législation et la réglementation. Devant l'anarchie constatée de l'existence de plusieurs établissements de soins traditionnels et d'un commerce important de médicaments pour des produits supposés tels, l'Etat a décidé de

²⁵⁷ PNDS II (2009-2018), op. cit., p.15.

²⁵⁸ Ce secteur fera l'objet d'ample développement dans la seconde partie de la thèse.

prendre des mesures en reconnaissant de manière officielle certains établissements de soins traditionnels. C'est ainsi que l'Etat a reconnu l'existence des centres de médecine traditionnelle tels que « l'hôpital traditionnel de Keur Massar » et le centre de Malango de Fatick²⁵⁹. Dans ces centres, on trouve des tradipraticiens qui sont à la fois des praticiens de l'art médical et pharmaceutique. D'ailleurs, l'Etat a décidé d'élaborer une loi pour réguler ce secteur.

201. En définitive, si un système de santé est considéré comme « *étant toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé* »²⁶⁰, on peut en déduire qu'un système d'offre de soins performant, est un système qui assure des prestations de soins et de services issus d'une vision politique et législative qui crée et organise le secteur selon une forme pyramidale et coordonne à tous les niveaux par une gestion et une administration efficace et efficiente en vue d'offrir des soins de qualité. Les autorités sénégalaises ont essayé de mener cette politique en procédant à d'importantes réformes du système de santé qui ont abouti à l'amélioration significative des conditions d'accès aux soins de santé. Cependant, plusieurs choses restent à faire, et pour se faire, il est important de mener une recherche rationnelle impliquant davantage les différents acteurs sociaux, à savoir, les acteurs de l'anthropologie médicale, les juristes, les économistes de la santé, les médecins, les tradipraticiens et la population. Cette collaboration est nécessaire car elle permet aux systèmes des soins de s'adapter aux évolutions de la science et aux besoins impérieux de la population et de prendre en compte certaines approches thérapeutiques dans la prise en charge des maladies et des besoins en matière de santé. Il faut ajouter à cela, la recherche de moyens de financement du système de santé car ce sont ces moyens qui permettent d'atteindre les objectifs de santé en général et d'offre de soins en particulier.

²⁵⁹ Il faut rappeler, cependant, que ces centres sont hors de la tutelle et du contrôle du Ministre de la santé.

²⁶⁰ L'OMS, rapport sur la santé dans le monde d'ici 2000, www.int/NR/rdonryres/8B4591F6-493C-BE24-103-DE/0/11_HRS_fr.pdf.

Section 2 : Le financement de l'offre de soins.

202. Historiquement, le mode dominant de financement du système de santé a longtemps été la dotation budgétaire de l'offre publique, ce qui donnait à l'Etat un rôle très extensif de payeur et de producteur de services. Dans la plupart des pays africains, après les indépendances, l'idée généreuse de financer directement les formations de santé et de ne pas faire payer les malades faisait envisager une couverture maladie universelle. En fait elle n'a jamais été véritablement opérationnelle, mais a constitué la première référence en matière de politique de financement. En pratique, d'autres modes de financement, sans doute secondaires mais importants, ont coexisté avec le financement budgétaire public. Il s'agit essentiellement de ceux de la population et des partenaires au développement (financements privés). Ces financements interviennent d'une part, pour la construction et l'équipement des infrastructures de santé (paragraphe 1) et d'autre part, pour faciliter l'accès aux prestations sanitaires du point de vue financier (paragraphe 2)²⁶¹.

²⁶¹ Le financement privé reste en ce sens majoritairement composé des paiements directs des ménages à travers le système participation des usagers et la plupart des dépenses sont encore consacrées aux médicaments.

Paragraphe 1: Le financement des infrastructures de santé.

203. L'Etat joue un rôle important en matière de financement et d'équipement des infrastructures sanitaires. Le secteur de la santé a bénéficié de la part de l'Etat de ressources additionnelles importantes au cours de ces dernières années. Cependant, les ressources allouées au secteur de la santé (environ 10% du budget national) ne permettent pas de faire face aux besoins de santé. Ainsi, la contribution des partenaires internationaux et surtout la croissance de la participation de la population ont permis de renforcer les ressources allouées par l'Etat.

A : La dotation de l'Etat.

204. L'Etat s'est fait remarqué à travers le PNDS où il a dégager des voies et moyens pour faire face au déficit d'infrastructures sanitaires et sociales d'une part, à l'équipement et à la rénovation de celles déjà existantes d'autre part. Ainsi, le programme de développement intégré de la santé et de l'action sociale (PDIS) qui constitue la première phase de mise en œuvre du PNDS pour l'année 1998-2002 a permis au secteur de la santé de bénéficier d'un flux important de ressources financières qui en terme courant peut être estimé à 351 milliards FCFA soit près de 59 milliards par an en moyenne²⁶².

205. Le rôle de l'Etat dans le financement de la santé s'est beaucoup fait ressentir avec l'avènement de la réforme hospitalière. L'Etat a non seulement apporté son appui aux établissements de santé par l'allocation des subventions, mais aussi par le financement des investissements lourds²⁶³. Les dépenses d'investissement il faut le reconnaître sont des

²⁶² PNDS- phase II : 2004-2008, MSPM du Sénégal, août 2004, p. 14.

dépenses très coûteuses que les hôpitaux sont difficilement en mesure de prendre en charge et que seul l'Etat ou ses partenaires peuvent y faire face. La plupart de ces dépenses sont appréhendées dans le cadre de la mise en œuvre des projets d'établissement validés qui constituent les documents techniques et financiers sur lesquels repose l'ensemble de l'organisation et du développement de chaque établissement public de santé.

En effet, dans sa politique de renforcement des mesures d'accompagnement de la réforme hospitalière, l'Etat a envisagé en début des années 2000, un appui pour la mise à niveau du plateau technique et de la capacité d'accueil des établissements publics de santé dont les projets d'établissement sont validés. Il s'agit des CHR de Tambacounda, Louga, Thiès, et Ziguinchor et des CHN : Principal, Grand Yoff, Fann, Thiaroye et Albert Royer. L'appui aux plans d'urgence des EPS de Le Dantec et d'Ourossogui a été également pris en compte. On peut aussi noter la prise en charge des études architecturales pour la construction d'un nouvel hôpital dans la région de St-Louis, de même que la construction d'un hôpital à Kébémér et l'achèvement des travaux du génie civil des hôpitaux de Fatick et Ziguinchor (hôpitaux de la paix)²⁶⁴. En dehors de l'appui des établissements de santé en matière de dépense d'investissement, l'Etat leur octroie chaque année des subventions. Mais, ces subventions accordées par l'Etat aux établissements hospitaliers sont mal gérées et souvent détournées de leurs objectifs. Cette mauvaise gestion peut être imputée à l'Etat lui-même car n'ayant pas mis sur pied un dispositif de contrôle efficace pouvant veiller à la bonne utilisation de ces ressources surtout en ce qui concerne les fonds qu'il fait transiter aux collectivités locales au bénéfice des hôpitaux régionaux dans le cadre de la décentralisation.

206. Les collectivités locales à la suite de la décentralisation ont aussi un rôle important à jouer au financement de la santé. Il faut noter que la santé est l'un des neuf domaines où certaines compétences ont été transférées aux collectivités locales à travers l'adoption de la loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et son décret d'application n° 96-1135 relatif au domaine de la santé qui délègue des compétences plus accrues aux élus locaux dans le cadre

²⁶³ Les charges d'investissement conformément à l'article 19 alinéa 2 du décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé sont constituées « de dépenses d'équipement des installations, de dépenses pour l'extension de l'activité et de dépenses pour le renouvellement des équipements ».

²⁶⁴ Projet de santé 2006 du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, p. 24.

de la décentralisation. Dans le domaine de la santé les collectivités locales interviennent essentiellement dans l'équipement, l'entretien et la gestion des structures sanitaires. A cet égard, l'Etat alloue des ressources aux collectivités locales à travers les fonds de dotation de la décentralisation. Ces fonds alloués aux structures de santé des régions dans leur ensemble connaissent une nette hausse. Cela est tout à fait compréhensible, car les établissements régionaux de santé ont besoin de beaucoup plus de soutien de la part de l'Etat pour faire face aux difficultés rencontrées dans l'accomplissement de leurs tâches et surtout de leurs programmes d'extension réalisés au niveau de certains d'entre eux pour compléter leur plateau technique.

Il faut noter à ce niveau que les subventions que l'Etat confie aux collectivités locales à la faveur de la loi sur la décentralisation créent souvent des conflits entre la direction des hôpitaux et leurs autorités de tutelle car ces dernières non seulement ne font pas parvenir ces subventions à temps mais essayent parfois d'en « grignoter » au grand dam de ces établissements. A cet effet on peut donner l'exemple de l'hôpital régional de St-Louis qui, sur une subvention de 205.122.000Fcfa alloués en 2004 par l'Etat, seuls 103.000.000Fcfa lui ont été versés²⁶⁵.

207. En plus des transferts des fonds de l'Etat, les collectivités qui disposent d'une fiscalité, utilisent leurs fonds propres pour financer des activités de santé. Par ailleurs, elles peuvent aussi bénéficier des fonds de la coopération internationale et des institutions à but non lucratif. Globalement, les collectivités locales ont reçu et dépensé environ 9,7 milliards FCFA en 2005. Ces dépenses ont été assurées en grande partie par les fonds de dotation de la décentralisation et les fonds d'équipement des collectivités locales à la hauteur de 43% contre 25% sur fonds propres²⁶⁶ et 23% par les ressources des institutions à but non lucratif internationales, largement supérieures à la participation de la coopération internationale qui est de 4%²⁶⁷. Il faut remarquer que la participation financière la plus remarquée dans le cadre de la décentralisation sanitaire est celle de la population.

²⁶⁵ Document budgétaire du CHR de St-Louis pour l'année 2004.

²⁶⁶ La participation des collectivités locales n'a pas eu pour conséquence une implication plus soutenue dans le financement de la santé notamment par l'entremise de ressources propres. Il faut remarquer à ce niveau que le poids pondérant de la commune de Dakar dans ce financement demeure constant car représentant à elle seule plus de 35% de l'apport global des collectivités locales.

B : La participation de la population.

208. La participation de la population au financement de la santé est non négligeable au Sénégal. A titre d'exemple, leur participation entre 1998 et 2003 représente 17,2% du montant global des financements de la santé. Cet engouement de la population au financement d'infrastructures nécessaires à la prise en charge de sa propre santé s'explique par la place centrale que la réforme territoriale de 1972 a réservée aux communautés en les impliquant dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales. Avec l'avènement de la réforme administrative et territoriale de 1972, la communauté rurale devient le cadre de participation des communautés de base à l'effort de développement en général et de la santé en particulier. Cette réforme a été très bénéfique au domaine de la santé car suscitant la participation communautaire dans ce secteur²⁶⁸. Ainsi, l'initiation de la réforme administrative de 1972 et l'idéologie de la participation communautaire ont favorisé le développement de nouvelles structures d'offre de soins et de services de santé des zones rurales où la couverture des services de santé supportée par le pouvoir central était faible. Rien qu'entre 1974 et 1979, les communautés rurales par le canal de leurs populations ont construit et équipé 190 maternités rurales et 170 pharmacies de village grâce à une collaboration avec l'UNICEF.

209. En 1992, l'Etat a créé les comités de santé²⁶⁹. Ainsi, l'avènement de ces comités a marqué le point de départ d'une réelle volonté d'amener la population à gérer les affaires sanitaires qui la concernent au plus près. Tout de même c'est le projet Belgo-sénégalais de participation de la population à l'effort de santé de Pikine qui a servi de base à l'organisation des comités de santé. En effet, la loi 92-07 du 15 janvier 1992 et son décret d'application n° 92-118 du 17 janvier 1992 vont préciser le fondement juridique de l'organisation des comités de santé. Ils sont composés du personnel des mairies, des communautés rurales et d'associations sportives et culturelles de la communauté. Ces comités, il faut le dire sont apparus dans un contexte de crise économique aiguë découlant du

²⁶⁷ Comptes nationaux de la santé du Sénégal pour l'année 2005, Ministère de la santé et de la prévention médicale, p.36.

²⁶⁸ Décret n° 72-336 du 29 mai 1972 relatif aux attributions des chefs de circonscriptions administratives et des chefs de villages.

²⁶⁹ Décret n° 92-118 du 17 janvier 1992 instituant les comités de santé.

choc pétrolier des années 90. Ainsi, en 1992 le budget de la santé ne représente que 5,2 % du budget national. Les comités apporteront ainsi à travers la participation de la population un impact positif au financement des établissements de santé. Avec les revenus issus de la vente des tickets de tarifs de prestations de soins et de médicaments, les comités ont pris en charge, dans une large mesure, les dépenses de fonctionnement des structures de soins de base.

210. Par ailleurs, le rôle des comités de santé ne se cantonne pas seulement à la participation financière. Une réelle émanation d'une structure de représentation de la population, les comités de santé s'investissent énormément dans le domaine de l'information et de la sensibilisation de la population sur les activités de santé. Ils contribuent à cet effet, à la mise en œuvre des programmes d'activités pour résoudre les problèmes de santé de la communauté. Ils participent également à l'évaluation périodique des réalisations pour apporter des correctifs et fixer de nouveaux objectifs. On remarque ainsi qu'au-delà de son implication dans la réalisation, l'équipement et la réfection des structures sanitaires, les comités de santé jouent un rôle d'éducation à la santé. On peut sans risque de se tromper affirmer que les comités de santé constituent de manière générale l'expression même des besoins ressentis par la communauté en matière de santé. Cependant, il faut rappeler que la participation communautaire sous forme de contribution volontaire existe avant même la création des comités de santé. Elle remonte au début des indépendances à travers des activités d'animation rurale et des initiatives de la population pour soutenir les efforts de l'Etat dans le domaine de la santé, notamment dans la construction de structures légères (maternités, dispensaires, cases de santé, pharmacies villageoises etc.).

211. Les associations des immigrés jouent également un rôle non négligeable dans la prise en charge par la population du financement de la santé, en facilitant la création et l'équipement des cases de santé au sein des villages. C'est là l'un des aspects positifs de l'immigration, comme le note Samba Thiam, « *la main tendue aux attaches familiales restées au village, nourries, vêtues et les constructions de cases de santé, d'écoles, de forages pour le développement de la localité* »²⁷⁰. En réalité, dans plusieurs villages du nord et du centre du

²⁷⁰ Samba Thiam, « Santé et discrimination : le cas du Sénégal », in Actes du Colloque *Santé et discrimination*, Centre de droit de la santé, Faculté de Droit et de Sciences Politiques d'Aix-en-Provence, 27 novembre 2009, p. 19.

pays, les cases de santé ont été construites et financées sur fonds propres des ressortissants résidant à l'étranger, notamment en France et aux Etats Unis. Ce fut le cas de la communauté rurale de Touba où l'établissement de santé a été largement financé par les disciples du marabout dont la plupart vivent aux USA. On peut également citer l'exemple du centre de santé de Coubanaw dans la région de Ziguinchor qui est financé par les recettes agricoles de la population paysanne, appuyée par leurs ressortissants résidant à l'étranger.

Il y a lieu de relever ici les bonnes actions humanitaires dépendant des politiques de coopération de la décentralisation. Ainsi, on constate, face aux difficultés financières des pays sous-développés, une forte collaboration entre des communes étrangères et les associations d'immigrées, ce qui renforce la lutte contre les discriminations fondées sur les inégalités sociales. Faut-il en tenir compte dans le cadre de la lutte contre l'émigration. Effectivement on souhaite l'éradication des causes de l'immigration par la fixation des populations africaines sur leur territoire, grâce à la mise en œuvre par les Etats de programmes économiques et sociaux conçus pour engager tous les natifs de cette sous-région dans des actions de développement intégré, mais force est de reconnaître que l'aide apportée par les immigrés depuis l'étranger repose sur la supériorité de la monnaie étrangère, l'EURO sur le CFA, et le désengagement des Etats africains ou l'incapacité de leurs dirigeants face aux défis du moment²⁷¹. Au-delà du rôle de la population, l'action de l'Etat en matière de financement de la santé est accompagnée très largement par les partenaires extérieurs.

C: L'apport des partenaires extérieurs.

212. A la suite de l'Etat, il faut reconnaître que les partenaires extérieurs demeurent les plus importants pourvoyeurs en ressources du secteur de santé. A titre d'exemple, en 2003 leur apport représente 29,3% du financement de la santé. Ils interviennent à tous les niveaux mais leurs actions se font beaucoup plus remarquées en matière de financement des programmes d'investissement : la construction de bâtiments et l'équipement des structures sanitaires en matériaux lourds. Ainsi, dans le cadre de la première phase du Plan national de

²⁷¹ Samba Thiam, « Santé et discrimination : le cas du Sénégal », art. cit. p.19.

développement sanitaire et social (1998-2002), les partenaires extérieurs ont financé à la hauteur de 48,4% des dépenses d'investissement. Ils supportent ainsi une bonne partie des investissements devenant dès lors le premier mécène dans la couverture de cette catégorie de dépense. Ils vont jouer en ce sens un rôle non négligeable en matière d'accompagnement de la mise en œuvre de la réforme hospitalière intervenue en 1998.

213. Les charges d'investissement²⁷² très coûteuses pour les établissements de santé, dont ils sont difficilement en mesure de prendre en charge, sont pour la plupart, grâce au partenariat que développent les Etats en développement, prises en charges par les partenaires au développement. Ces dépenses sont en général appréhendées dans le cadre de la mise en œuvre des projets d'établissement²⁷³ validés qui constituent les documents techniques et financiers sur lesquels repose l'ensemble de l'organisation et du développement de chaque établissement public de santé. Ces partenaires sont entre autres l'OMS, la Banque Mondiale, la Coopération Française, la Banque Islamique de Développement, la Coopération Allemande (GTZ), USAID²⁷⁴ et la Coopération Italienne, les ONG humanitaires etc. A cet effet on peut donner l'exemple du CHR de Tambacounda qui, en tant que structure de référence hospitalière de la région, a été construit en 1983 par l'Etat du Sénégal sur financement de la Banque Mondiale pour un montant de 461.107.500Fcfa. Son équipement sera donc assuré par la coopération italienne pour un montant de 561.029.465Fcfa hors taxes²⁷⁵.

Des ONG telles que Enda santé plantes médicinales, Promotion des médecines traditionnelles, Rencontre des médecines, « Guestu », ont beaucoup aidé financièrement et

²⁷² Ces charges selon l'article 19 alinéa 2 du décret n° 98-702 du 26 août 1998 sont constituées de dépenses d'équipement des installations, de dépenses pour l'extension de l'activité et de dépenses pour le renouvellement des équipements.

²⁷³ La loi 98-08 sur la réforme hospitalière impose à chaque établissement public hospitalier de se doter d'un projet d'établissement et ce projet en dehors des orientations médicales, de l'enseignement, de la formation, de la recherche et de la politique sociale, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel, et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs conformément à l'article 23.

²⁷⁴ En janvier 2006, un collectif d'ONG américains parmi lesquels USAID, CARE International, Health GAP, Physicians For Human Rights a lancé un appel d'urgence face à la crise des ressources humaines dans les pays confrontés aux ravages causés par le VIH/Sida. Parmi les nombreuses recommandations adressées au Président des Etats-Unis, il est notamment question d'investir de nouvelles ressources afin de permettre le recrutement, la formation et le maintien de nouveaux professionnels de santé. C'est ainsi que des actions d'urgence ont été prises par le gouvernement américain en faveur des pays en développement pour faire face à la crise dans le secteur sanitaire et sociale à travers les programmes de USAID.

²⁷⁵ Projet d'établissement 2002-2006 du Centre Hospitalier Régional de Tambacounda, p. 121.

techniquement les chercheurs et institutions africaines à élaborer les fiches techniques sur les thérapeutiques traditionnelles. Ces ONG œuvrent inlassablement pour la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle et leur normalisation afin de mieux les valoriser, tout en assurant la sécurité de la population qui y a recours. Ce choix a été motivé par l'intérêt de leurs indications en santé publique alors que, jusque là, aucune loi n'interdit ni n'autorise leur utilisation. En effet, l'ONG « Enda tiers monde » dont l'un des objectifs est de permettre l'accès aux soins au plus grand nombre de la population, a initié et financé des programmes de recherche sur les plantes médicinales. Elle co-organisa ainsi avec d'autres institutions dans les années 70 plusieurs séminaires internationaux à Dakar et à Cotonou²⁷⁶.

214. En définitive, tous ces efforts ainsi consentis en matière de financement des structures de soins n'ont d'autre but que de permettre à la population d'avoir accès à des soins de santé de qualité et de la manière la plus équitable possible. Il faut rappeler que les pays d'Afrique francophones ont hérité après les indépendances d'un système de gratuité des soins de santé. Pour s'inscrire dans cette dynamique, beaucoup d'Etats vont adopter progressivement des textes législatifs pour permettre un accès gratuit aux soins à des couches spécifiques, notamment les fonctionnaires civils et militaires, les élèves, les indigents etc. Mais très vite les jeunes Etats rencontrent les premières difficultés financières et les hôpitaux et autres structures de soins se dégarnissent de tout : médicaments, consommables médicaux, matériels médico-chirurgicaux etc. En effet, la participation financière directe de la population à l'accès aux soins s'impose, d'abord de manière informelle mais ensuite plus formelle et l'initiative de Bamako a achevé de généraliser le recouvrement des coûts en 1987. Enfin, pour permettre un accès plus équitable aux soins, plusieurs chantiers ont été ouverts afin de réduire la barrière financière. On peut en décrire trois grands groupes à savoir les formules de prépaiement, les mutuelles de santé et assimilé, les régimes d'assurance maladie obligatoire et/ou universelle.

²⁷⁶ Plan stratégique pour la promotion de la médecine traditionnelle 2007-2010, MSPM, p. 4.

Paragraphe 2 : Le financement de l'accès aux prestations de soins.

215. L'accessibilité aux soins de santé est une priorité pour de nombreux pays en développement. En effet, l'évolution des systèmes de santé des pays en voie de développement, malgré les efforts réalisés en matière de couverture sanitaire et d'amélioration du fonctionnement, n'ont pas permis comme cela aurait été souhaité, l'équité dans l'accès aux soins de santé. Les pouvoirs publics ont privilégié comme axe d'intervention en matière de couverture du risque maladie, l'assurance maladie du secteur formel à laquelle bénéficient uniquement les salariés, les fonctionnaires et les retraités. Pourtant, la couverture du risque maladie est définie par les experts du ministère de la santé et de la prévention médicale comme « *une technique qui permet de favoriser l'accès aux soins de santé d'une part et de sécuriser le financement des formations sanitaires d'autre part* »²⁷⁷. C'est dire que toute la population en a droit, du moins d'un point de vue théorique, mais la réalité est tout autre car plus de 80% de la population ne disposent d'aucune couverture maladie. Le cadre législatif et réglementaire de l'assurance maladie au Sénégal a dégagé, tout de même, deux types de régimes à savoir, un régime d'assurance à caractère obligatoire constitué de formules non contributives et contributives et un régime d'assurance à caractère volontaire constitué d'assurances à but privé et de mutuelles de santé.

I : Le régime d'assurance à caractère obligatoire.

216. Le régime d'assurance maladie à caractère obligatoire est constitué de la formule non contributive principalement à la charge de l'Etat et de la formule contributive qui est dévolue à l'Etat et au secteur privé.

²⁷⁷ Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat : réflexion sur la couverture du risque maladie au Sénégal, MSPM du Sénégal, novembre 2006, p. 3.

A : Le régime non contributif.

217. Il regroupe les formules non contributives attachées à des statuts, d'une part et des dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur de couches sociales particulières, d'autre part.

a) Les formules non contributives attachées à des statuts.

218. Elles couvrent d'abord les agents de l'Etat en activité et les fonctionnaires retraités. C'est tout à fait logique que l'Etat, en tant qu'employeur, assure la couverture du risque maladie de ses agents en activité et de leurs familles (conjointes et enfants)²⁷⁸. Ainsi l'Etat, par le système d'imputation budgétaire, couvre 80% des frais d'hospitalisation, de consultations, des examens et des analyses effectués dans toutes les structures publiques et également dans les structures privées agréées. Les fonctionnaires supportent donc les 20% restant et les médicaments qui ne sont pas pris en charge par l'Etat. Il convient aussi de signaler que les fonctionnaires retraités sont toujours pris en charge au même titre que ceux qui sont en activité tandis que les agents non fonctionnaires de l'Etat à la retraite sont pris en charge par l'IPRES. Les agents des collectivités locales bénéficient également du même dispositif de couverture de risque maladie que les agents de l'Etat. En ce qui concerne les étudiants, les centres des œuvres universitaires les prennent en charge pour le compte de l'Etat au niveau des structures sanitaires publiques ou du service médical du centre des œuvres universitaires de Dakar pour les soins courants : consultations, médicaments, analyses, soins dentaires et d'hospitalisation. Les accidents du travail et les maladies professionnelles auxquels sont victimes les travailleurs sont pris en charge par la caisse de sécurité sociale. Ainsi, tous les soins relatifs à un accident du travail sont couverts à 100%.

Rappelons en outre que la caisse de sécurité sociale dispose également des Centres de protection maternelle et infantile qui assurent aux mères de familles bénéficiaires de ses

²⁷⁸ L'article 97 de la loi 61-33 du 15 juin 1961 portant statut général de la fonction publique institue leur sécurité sociale.

prestations, des consultations pré et post natales, des vaccinations, du planning familial, des compléments nutritionnels pour les bébés etc. Concernant des accidentés de la circulation, le fonds de garantie automobile couvre ceux dont les auteurs civilement responsables n'ont pas été identifiés ou ne disposent pas de police d'assurance ou ne sont plus en mesure d'honorer les frais consécutifs à cet accident. Ce fonds est alimenté grâce à un prélèvement de 2,5% sur chaque police d'assurance automobile.

b) Les dispositifs d'exemption et d'assistance en faveur de couches sociales particulières.

219. Ils s'appliquent comme son nom l'indique aux personnes atteintes de pathologies particulières, aux personnes âgées de plus de 60 ans et aux indigents. Les personnes atteintes de tuberculose et de lèpre bénéficient de soins gratuits pour ces affections. Les femmes enceintes bénéficient depuis 2006 dans toutes les régions, à l'exception de Dakar, des accouchements gratuits, mais uniquement pour les césariennes²⁷⁹. L'Etat subventionne également les traitements de certaines maladies coûteuses comme le diabète, le cancer, les cardiopathies, les ARV pour le Sida et l'insuffisance rénale, afin de les rendre plus accessibles.

220. Les systèmes de solidarité pour l'accès aux soins des groupes vulnérables préconisés dans le cadre de la mise en œuvre du PDIS trouvent leur consécration à travers le projet de mise en œuvre du système de solidarité Sésame en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus. Ce projet fait bénéficier aux personnes âgées d'une couverture médicale pour les soins gratuits dans les hôpitaux, centres et postes de santé sélectionnés sur le territoire national. Ce dispositif a démarré en septembre 2006 et il concernait à cette époque 450 000 personnes supplémentaires qui auparavant n'avaient pas de couverture médicale.

²⁷⁹ Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat, réflexion sur la couverture du risque maladie au Sénégal, MSPM, novembre 2006, p. 4.

221. Les indigents aussi bénéficient d'une prise en charge gratuite, sous condition que les autorités administratives compétentes, en l'occurrence, les préfets et les sous-préfets, leur délivrent des certificats d'indigence. Ceux-ci donnent droit à des exemptions au niveau des structures publiques de santé conformément à la loi n° 62-29 du 16 mars 1962 mettant à la charge de l'État les dépenses d'hospitalisation des malades indigents précédemment assistés par les communes²⁸⁰. Cette même loi transfère la responsabilité des communes vers les hôpitaux²⁸¹ en ce qui concerne les frais d'hospitalisation²⁸². Egalement, sera instituée une note de service n° 006058/MSPM/DS/DSSP du 6 septembre 2005 rappelant une disposition du guide national du comité de santé qui propose que 10% des recettes issues des prestations soient affectées à la prise en charge des cas sociaux d'une part, et que 5% des bénéfices réalisés sur la vente de médicaments soient affectés à la solidarité, d'autre part. Aussi, la loi de 1996 sur la décentralisation donne compétence aux collectivités locales pour tout ce qui a trait à l'organisation et à la gestion de secours au profit des nécessiteux. Ainsi, chaque collectivité locale dispose d'une ligne budgétaire pour cette rubrique, mais elle ne concerne pas uniquement la santé. Il peut s'agir de dons alimentaires ou d'aide d'urgence pour des besoins médicaux ou non.

Depuis 2002, un fonds de solidarité nationale a été créé par le décret n° 2002/828 du 19 août 2002²⁸³ dont une des missions est d'aider à l'accès aux soins de santé des personnes défavorisées. Le ministère de la santé est membre du conseil d'orientation qui statue sur toutes les questions relatives à l'orientation des interventions du fonds. Ce fonds est alimenté par une dotation annuelle inscrite dans le budget de l'Etat et d'autres contributions provenant des partenaires au développement et des collectivités locales. C'est ainsi que la loi de finances 2006 du Sénégal a prévu une dotation de 500 millions de Francs Cfa en ce sens. Enfin, la direction de l'action sociale a mis en place depuis 2003 une ligne budgétaire utilisée comme fonds de solidarité en assistance aux cas sociaux. Le montant est depuis lors passé annuellement de 45 millions à 75 millions en 2007. Le dispositif de prise en charge

²⁸⁰ JORS du 16 mars 1962, n° 3518, p. 546.

²⁸¹ Il faut comprendre par là que les hôpitaux sont à cette époque des services de l'Etat directement gérés en régie par ce dernier, c'est pour cette raison qu'ils prennent directement en charge toute personne qui dispose d'un certificat d'indigence dûment établi par une autorité compétence à cet effet.

²⁸² En réalité cette loi dispose en son article 2 que la charge d'hospitalisation des malades indigents incombe à l'Etat. Elle décharge à cet effet, cette responsabilité qui était jusque là assumer par la commune en abrogeant à son article premier, l'article 29 de la loi du 18 novembre 1955 portant organisation communale.

²⁸³ JORS n° 6079 du 28 décembre 2002.

initialement limité aux cas à traiter dans les quatre grands hôpitaux (Principal, Dantec, Fann et HOGGY) est en train d'être étendu aux établissements hospitaliers dans les autres régions. La première extension s'est opérée en 2006 et a concerné les hôpitaux de Tambacounda, d'Ourossogui, de Kolda et de Kédougou. En 2007, le projet a couvert l'ensemble des régions du Sénégal.

222. Il convient, toutefois, de signaler l'écart existant entre le nombre de bénéficiaires de l'action sociale et de la population potentielle. Par exemple, selon la direction de l'action sociale en octobre 2005, seulement 585 dossiers sont satisfaits, chiffre qui va connaître une nette amélioration en 2007 avec 1714 dossiers satisfaits à titre de l'aide en faveur des familles démunies, mais sur une population éligible de 215760 ménages pauvres soit un taux de couverture de 0,9%²⁸⁴. Les lignes budgétaires qui existent au sein des centres et des postes de santé restent insuffisantes. En plus, les dispositifs institués en faveur des indigents posent certaines difficultés dans leur application liées à la lourdeur administrative, aux réticences de certains prestataires et à la méconnaissance de la plupart des potentiels bénéficiaires de ces dispositifs. En outre, le régime non contributif d'assurance maladie est complété par le régime contributif qui joue un rôle important en matière d'assurance maladie.

B : Les régimes contributifs d'assurance à caractère obligatoire.

223. La protection maladie obligatoire est mise en place par des dispositions légales. Elle est régie par le décret n° 72-215 du 07 mars 1972 relatif à la caisse de sécurité sociale. Elle s'adresse aux agents de la fonction publique, aux salariés du secteur privé, aux salariés retraités via la caisse de sécurité sociale, les instituts de prévoyance maladie (IPM) et l'institut de prévoyance et de retraite au Sénégal (IPRES). Ce régime permet aux fonctionnaires et agents contractuels de la fonction publique ainsi que leurs familles de bénéficier d'un financement assuré par le budget de l'Etat. Il permet une prise en charge partielle des soins

²⁸⁴ Ousmane Sow, « Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : études de cas sur les expériences du Sénégal », USAID, septembre 2007, p. 19.

médicaux²⁸⁵. Au début des années 90, l'IPRES, confrontée à des difficultés, a instauré un régime contributif obligatoire qui s'est traduit par un prélèvement de 2% opéré sur les pensions de tous les retraités. La couverture offerte en contrepartie est relative à la prise en charge de 80% des frais d'hospitalisation dans les structures publiques de santé et des prestations médicales gratuites offertes au niveau du centre médico-social de l'institution qui concernent entre autres les consultations, les radios (scanner inclus), les analyses, les soins dentaires et les médicaments fournis dans la limite des stocks disponibles.

224. Quant aux salariés permanents des entreprises privées et publiques, ainsi que leurs familles une protection leur est assurée dans le cadre des IPM d'entreprise ou d'inter-entreprise. Les IPM remboursent 80% du montant des frais des prestations aux bénéficiaires. Les instituts de prévoyance maladies ont été créés par la loi 75-50 du 3 avril 1975 au bénéfice des travailleurs du secteur privé et aux membres de leurs familles. Ainsi, conformément à la loi de 1975, les règles de fonctionnement des IPM sont définies par le décret 75-895 du 14 août 1975²⁸⁶ portant organisation des institutions de prévoyance maladie d'entreprise ou inter-entreprise et rendant obligatoire la création des dites institutions. Selon l'article 2 de ce décret *« la création d'une IPM est obligatoire pour toute entreprise employant plus de 100 personnes »*. En ce qui concerne les entreprises qui emploient moins de 100 personnes, elles doivent selon l'article 4 dudit décret *« se regrouper dans une IPM inter-entreprise ou adhérer à une IPM déjà autorisée conformément à l'article 16 de la loi de 1975 »*. Les garanties offertes portent sur une prise en charge partielle à des taux variables des frais médicaux d'une IPM à l'autre. Les cotisations sont fixées en pourcentage du salaire fiscal plafonné à 60 000 FCFA. Ainsi, un taux maximum de 6 % et minimum de 2 % est prélevé sur un salaire plafonné à 60 000 FCFA. La cotisation de l'employeur étant au moins équivalente à celle du salarié.

225. Les IPM fournissent des crédits aux prestataires de services depuis 1992 et représentent ainsi un système de tiers payant, bien qu'une vraie contractualisation avec les

²⁸⁵ Par ailleurs, les bénéficiaires de ce genre de prise en charge rencontrent énormément de mal à se faire accepter par les structures de soins. Ils font souvent face au refus de ces établissements parce que tout simplement l'Etat n'honore pas ses engagements à leur égard.

²⁸⁶ JORS du 27 septembre 1975, n° 4447.

professionnels de santé n'existe pas encore. Les groupes cibles de ces instituts sont les professionnels et les commerçants. Cependant, l'assurance maladie ne concerne que les soins curatifs. Rappelons également que l'Etat ne contribue pas financièrement à l'IPM. Il n'existe pas à ce niveau de fonds de garantie, ni un système de suivi des indicateurs de performance. La tutelle est quasi inexistante. On note aussi, une absence de concertation entre les acteurs des IPM et une insuffisance de collaboration entre ces instituts et les ministères auxquels ils doivent normalement dépendre en matière de tutelle et de contrôle en l'occurrence le ministère de la santé et celui du travail. Tout de même le ministère du travail au Sénégal, dans son volet : protection sociale, demande aux entreprises de contracter avec un organisme de protection maladie pour la prise en charge des maladies liées aux activités des travailleurs. Pour les travailleurs et leurs familles, la protection sociale en matière de risque maladie est organisée à travers une assurance maladie en faveur de l'accès aux soins. Il s'agit d'organismes autonomes (les IPM) qui font la sous-traitance des services sanitaires à 90% dans le secteur privé à but lucratif. A cet effet, les établissements privés de santé sont préférés parce que le secteur public aurait une image négative au près des adhérents.

226. Il faut en fin reconnaître que le mode dominant de financement de la santé a longtemps été la dotation budgétaire de l'offre publique, ce qui donne à l'Etat un rôle très extensif de payeur et de producteur de services. Il consacre à cet effet une dotation budgétaire destinée au fonctionnement de l'offre publique de soins et veille également à ce que les formations publiques gèrent correctement leur dotation et se mettent au service des patients. Cependant, cette politique privilégiant le financement budgétaire public s'est délitée et le principe de gratuité a dû être assez vite mis en cause, en raison non seulement de l'insuffisance du financement budgétaire accentuée par l'ajustement structurel intervenu en 1994 mais aussi parce que les agents de santé et les gestionnaires des établissements publics n'ont pas mis non plus les ressources au service des usagers. Le constat est que l'Etat, (certes principal pourvoyeur des ressources et premier producteur de services), n'a pas pu stopper la dégradation continue du système de soins, engendrant ainsi une sur-tarification et une absence de garantie pour les patients de trouver des médicaments ou d'être soignés correctement.

Le secteur public de soins s'est détérioré et c'est dans ce contexte d'insatisfaction chronique de la population à l'égard du secteur public de soins et des fonctionnaires à l'égard

de la couverture maladie non contributive dont ils étaient censés bénéficier, que de nombreux promoteurs de mutuelles sont sorties de la société civile et ont cherché à organiser un mode de financement qui soit efficace et libre de l'emprise de l'Etat et de l'administration. Les bases de l'assurance maladie volontaires se sont peu à peu consolidées, du moins au niveau des plaidoyers. Dans certains pays comme le Mali ou le Sénégal, l'Etat a appuyé ce mouvement. Dans d'autres, des ONG ou organismes extérieurs ont fourni un appui et l'Etat est resté indifférent : c'est le cas du Burkina, du Bénin et de la Guinée²⁸⁷. Egalement, les partenaires au développement ont largement contribué à diffuser l'idée que la micro-assurance était adaptée à toutes les catégories, notamment au secteur de l'économie informelle et constituait ainsi un outil de lutte contre la pauvreté. De nombreux projets ont été financés afin de promouvoir une organisation privée du financement fondée sur l'assurance maladie, ce qui devait avoir simultanément pour effet de favoriser l'essor de la démocratie sanitaire dans les pays en développement.

II : l'émergence d'une assurance maladie volontaire comme technique de financement : les mutuelles de santé.

227. Dans la plupart des pays africains, l'accès au système de sécurité sociale est réservé aux travailleurs du secteur formel. Les travailleurs du secteur informel qui constituent plus de 80% de la population active du continent se trouvent de ce fait dans une situation de grave vulnérabilité. De plus, il n'existe aucune assurance santé pour le reste de la population qui est pourtant la plus démunie et, souvent, la plus exposée aux risques. Aujourd'hui, bon nombre de pays d'Afrique présentent des indicateurs de santé et une espérance de vie parmi les moins favorables au monde. Ainsi, les populations africaines, pour assurer une meilleure protection sociale, surtout en matière de santé, vont mettre en place et développer des systèmes de micro-assurance santé. Le système mutualiste constitue l'une des formes les plus répandues.

²⁸⁷ Alain Letourmy, art. cit., p. 4.

Les mutuelles de santé sont incontournables en matière de couverture sanitaire. Elles couvrent le risque maladie, au premier franc ou de façon complémentaire, pour toutes les couches de la population. La loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé²⁸⁸ définit le cadre juridique. Ainsi, selon son article premier, « *les mutuelles de santé ont pour objectif d'assurer la prise en charge de tout ou partie des soins de santé, d'assurer l'amélioration des conditions de santé de ses bénéficiaires, de faciliter l'accès à tous à des soins de qualité, de stimuler l'amélioration de la qualité des soins, de participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé et enfin de promouvoir et de développer leurs propres services de santé* ». Les garanties offertes sont donc variables suivant les types de mutuelles, même si généralement elles privilégient toutes les soins de base²⁸⁹. La mutuelle de santé se définit donc comme « *un système d'assurance volontaire à but non lucratif, élaborée sur la base d'une éthique d'aide mutuelle, de solidarité et de prise en charge collective des risques sanitaires et dont les membres participent effectivement à la gestion et au fonctionnement* »²⁹⁰. Rappelons que l'émergence des mutuelles de santé est très récente au Sénégal car les premières expériences remontent à 1990 avec la création de la mutuelle de Fandéne. Ce retard est compréhensif car au lendemain des indépendances, la plupart des pays africains offraient gratuitement des soins à leurs populations, à l'image du système de santé hérité de la période coloniale. Mais très vite ces pays ont fait face à des difficultés financières leur empêchant d'assurer l'accès aux soins à toute la population.

A : Les différentes phases d'évolution des mutuelles de santé au Sénégal.

228. Trois phases se distinguent dans l'émergence des mutuelles au Sénégal dont : une phase de naissance des premières expériences mutualistes avant 1994, une phase de diffusion comprise entre 1994 et 1998, et une phase d'engagement depuis 1998 qui voit

²⁸⁸ JORS du 5 juillet 2003, n° 6110, p. 675-677.

²⁸⁹ Il a fallu cependant attendre jusqu'en 2009 pour qu'un décret d'application soit édicté pour préciser les modalités d'application des dispositions de la loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé en l'occurrence, le décret 2009-423 du 27 avril 2009.

²⁹⁰ Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal-CAS/PNDS/Partenariat, *plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal*, juillet 2004, p. 10.

l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs issus de la communauté internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

229. La phase de naissance des premières expériences mutualistes est initiée en milieu urbain sénégalais avec la création en 1973 d'une mutuelle de santé par les travailleurs de la Société Ouest Africaine des Ciments (SOCOCIM). La seconde initiative en milieu urbain viendra des corps constitués avec la création en 1985 de la mutuelle de l'armée sénégalaise. Il faudra attendre cinq ans après pour la naissance d'une mutuelle de santé en milieu rural avec la création de la mutuelle de santé de Fandéne en 1990, appuyé par le diocèse de Thiès et l'hôpital saint Jean de Dieu. Celle-ci sera suivi entre 1990 et 1993 par l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès, où certaines communautés, convaincues de l'expérience de Fandéne, ont essayé et réussi à mettre sur pied leur propre mutuelle de santé.

230. La deuxième phase, 1994-1998, marque la diffusion de la mutualité vers les autres régions du pays où commencent à naître les mutuelles et où également d'anciens systèmes de type communautaire et fonctionnant sur des principes d'entre-aide et de solidarité commencent à être codifiés pour se transformer en mutuelles de santé. Cette phase est surtout marquée par les actions du programme ACOPAM/BIT²⁹¹ qui s'investit pour une meilleure connaissance et une diffusion plus large de l'expérience mutualiste. Durant cette période, le CESAG²⁹² commence à développer des études pour analyser ses systèmes afin de mieux faire connaître leur fonctionnement et leur portée. Dans la région de Dakar, l'appropriation progressive du principe de mutualité se traduit par la mise en place de mutuelles en s'appuyant sur le capital social et les capacités d'organisation du mouvement associatif : enseignants, associations communautaires, groupements féminins, groupement d'épargne et de crédit. Les mutuelles d'enseignants ont joué un rôle de locomotive du développement

²⁹¹ Ce programme (Appui Associatif et Coopératif aux Initiatives de Développement à la Base) est un instrument dont l'objectif est l'allègement de la pauvreté. Il appui les organisations de base dont les activités sont liées aux besoins fondamentaux de développement en Afrique : la sécurité et l'autosuffisance alimentaire, la gestion durable des ressources naturelles, les questions du genre, l'accès au crédit, à l'épargne, aux services financiers et à la protection sociale.

²⁹² Le Centre Africain d'Etudes Supérieures en gestion (CESAG) est l'un des instituts privés leader dans la formation professionnelle et la recherche surtout en Santé en Afrique occidentale. Il assure la formation de la plupart des administrateurs de la santé qui dirigent les hôpitaux sénégalais et de la sous-région.

mutualiste dans la région de Dakar. C'est l'exemple de la Mutuelle de l'Enseignement Supérieur (MES) créée en 1994 par le Syndicat Autonome de l'Enseignement Supérieur (SAES) et dont le premier bureau a été installé en 1998 avec comme président le professeur Mamadou Lamine Sow. Installée dans les locaux de l'Université de Dakar, la MES dont le but est de mener, dans l'intérêt de ses membres participants, une action de prévoyance, de solidarité, d'entre-aide et de promotion socio-économique, n'a mis en œuvre le volet santé qu'à partir de 2001. Tout de même, ce volet compte à partir de 2008, plus de 300 adhérents répartis entre Dakar, St-Louis, Thiès et Bambey²⁹³.

231. La troisième phase fait suite à la plate-forme d'Abidjan à partir de 1998²⁹⁴. Cette phase est marquée par un fort engouement des populations et des organismes de développement nationaux et internationaux vers les initiatives mutualistes, appuyée au Sénégal par une volonté politique de l'Etat qui a mis en place une cellule d'appui aux mutuelles de santé (CAMICS). Depuis 1998, les programmes STEP/BIT, PHR, PROMUSAF, GTZ et ENDA-GRAFF²⁹⁵ ont fortement contribué à la diffusion des connaissances en matière de mutualité à travers la publication de brochures d'information, de manuels, l'organisation d'ateliers de formation et de journées de sensibilisation, en appui à la politique définie par le gouvernement du Sénégal. Cette phase marque le début d'un processus de structuration du mouvement mutualiste au Sénégal avec le développement de systèmes de support pour appuyer la promotion, la mise en place et la gestion des mutuelles de santé. Elle s'est traduite par l'accélération du développement des mutuelles de santé. De 19 mutuelles de santé répertoriées en 1997, le nombre de mutuelle de santé est passé à 28 en 2000, à 79 en 2003²⁹⁶.

²⁹³ Mamadou Lamine Niang, *Le droit de la sécurité sociale des Etats membres de l'Union Economique Monétaire Ouest Africaine, au regard des normes de l'organisation internationale du travail : étude de droit comparé*, Thèse de doctorat, Université de Montpellier 1, juillet 2010, p. 86.

²⁹⁴ En juin 1998, le Bureau International du Travail, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC) et l'ONG Solidarité Mondiale (WSM) ont organisé conjointement un atelier à Abidjan (République de Côte d'Ivoire) sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. C'est au cours de cet atelier que « la Plate forme d'Abidjan » a été définie et dont l'objectif est de définir les stratégies efficaces et cohérentes d'appui au développement des mutuelles de santé, mais également de créer une structure permanente de concertation des acteurs soutenant le mouvement mutualiste africain.

²⁹⁵ Ministère de la santé et de la prévention médicale, *Plan stratégique de développement des Mutuelles de santé au Sénégal*, op. cit. p. 11.

²⁹⁶ Ministère de la santé et de la prévention médicale, *Réflexion sur la couverture du risque maladie au Sénégal*, op. cit. p. 6.

Mieux, entre 2000 et 2003, l'étendue géographique des mutuelles de santé s'est élargie. Des mutuelles de santé fonctionnelles n'étaient répertoriées que dans quatre régions du Sénégal en 2000 (Thiès, Dakar, St Louis et Kaolack). Mais à partir de 2003, des initiatives mutualistes sont recensées dans toutes les régions du pays à l'exception de Kolda. La population devient de plus en plus informée des mutuelles de santé qui constituent, selon nous, l'alternative la plus crédible comme financement décentralisé de la santé.

B : L'organisation des mutuelles de santé.

232. La mutuelle est organisée et fonctionne selon des principes d'économie sociale. La mutuelle de santé est le fruit de la liberté d'association et d'adhésion. Tous les adhérents ont les mêmes droits et devoirs. Ils ont, entre autres, le droit de participer directement ou indirectement aux différentes instances de décision. La mutuelle assure également un certain nombre de fonctions sans lesquelles il lui sera impossible d'accorder à ses adhérents la prise en charge sanitaire. Il s'agit de la fonction de production de contrat d'assurance, de la fonction de recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion, de la fonction de traitement des demandes de prise en charge et de la fonction de surveillance du portefeuille de risques. Ainsi une bonne organisation administrative et financière permet de bien prendre en compte tous ces aspects.

a) L'organisation administrative.

233. Il existe un schéma classique d'organisation d'une mutuelle de santé qui repose sur trois grandes catégories d'organes : les organes de décision, les organes d'exécution et les organes de contrôle. Toutefois, la mutuelle dispose d'une grande liberté d'organisation et doit chercher à adapter sa structure et ses organes au contexte et à la mission qu'elle se fixe.

1 : Les organes de décision.

234. Egalement appelés organes de gouvernance, les organes de décision ont la responsabilité de définir la mission, l'organisation et les statuts de la mutuelle de santé. Leur conformation est déterminée par les principes de base de la mutualité. Ces organes doivent en particulier permettre à leurs adhérents d'exercer leur droit, de participer aux décisions, à la gestion et au fonctionnement de la mutuelle. Parmi ces organes de décision on compte l'assemblée générale et le conseil d'administration.

L'assemblée générale : l'instance suprême de prise de décision, elle détermine la politique générale de la mutuelle et ses décisions engagent tous les adhérents et organes. Elle est la réunion de tous les adhérents de la mutuelle et se tient au moins une fois par an pour approuver les comptes annuels et les budgets.

Le conseil d'administration : organe de gestion de la mutuelle, il se compose de membres élus par l'assemblée générale et qui ont pour mandat de mettre en application la politique générale de la mutuelle. Les membres du conseil d'administration assurent gratuitement leurs fonctions. Cependant, les frais occasionnés par leurs activités peuvent leur être remboursés.

2 : Les organes d'exécution.

235. Mis en place par le Conseil d'administration, les organes d'exécution s'occupent de la gestion quotidienne de la mutuelle. Il existe plusieurs formules possibles concernant ces organes. On peut avoir un comité d'exécution avec ou sans service administratif. Le comité d'exécution également appelé bureau exécutif ou comité de gestion est composé de membres élus au sein du conseil d'administration. Il s'agit généralement de l'organe le plus actif de la mutuelle car c'est sur lui que repose la gestion quotidienne des activités. Lorsqu'une mutuelle offre plusieurs services (assurance santé, formation sanitaire...) le comité exécutif peut mettre en place des groupes de travail ou des commissions qui suivent chaque service. Des services administratifs dotés d'un personnel salarié, peuvent être mis en

place lorsque la taille et les moyens financiers de la mutuelle le justifient et le permettent. Dans ce cas de figure, la mutuelle est dirigée par un bureau composé de membres élus parmi ceux du conseil d'administration. Les tâches de la gestion courante de la mutuelle sont réalisées par le ou les services administratifs, sous le contrôle du bureau exécutif.

3 : Les organes de contrôle.

236. Elus et mandatés par l'AG, ils ont pour mission de contrôler l'exécution des décisions prises par celle-ci, de proposer des améliorations et de garantir un fonctionnement efficient des organes de la mutuelle autre que l'AG. Ils sont chargés de la surveillance, de la régularité des opérations de la mutuelle et du contrôle de la gestion administrative et financière de la mutuelle. Ils s'assurent donc de la conformité des actes de la mutuelle avec ses statuts et son règlement intérieur. Au niveau interne, une mutuelle peut mettre en place un comité de surveillance composé de membres élus ou désigner un ou plusieurs commissaires aux comptes. La représentation schématique des différents organes et leur relation est réglée par ce que l'on appelle l'organigramme de la mutuelle. Cet organigramme sera plus ou moins complexe en fonction de la mutuelle et de ses activités. Elle met en valeur la répartition des responsabilités ainsi que les rapports hiérarchiques entre les organes. L'élaboration de l'organigramme repose sur les objectifs et les activités de la mutuelle ainsi que sur la répartition des tâches entre organe.

b) L'organisation financière.

237. Pour réaliser les objectifs qu'elle s'est assignée, une mutuelle de santé doit avoir des ressources importantes. Ces moyens peuvent être d'origine interne ou externe à la structure mutualiste.

238. Sur le plan interne, toute demande d'adhésion donne obligation au paiement d'un droit. Ainsi, lorsque la demande d'adhésion est acceptée par la mutuelle, la personne

paie un droit d'adhésion qui est un montant fixé par l'AG qu'elle peut modifier périodiquement. Mais le paiement des cotisations reste le plus important. Il constitue l'une des obligations de l'adhérent vis-à-vis de la mutuelle. En contrepartie de ce paiement l'adhérent bénéficie des services de l'organisation. Le montant des cotisations peut être fixé de différentes manières. Il peut s'agir d'une cotisation fixe par personne c'est-à-dire que la cotisation à payer par famille est fonction du nombre de membres qui seront couverts, d'une cotisation forfaitaire, c'est-à-dire toutes les familles payent le même montant de cotisation quelle que soit leur taille et enfin d'une cotisation fixée en pourcentage du revenu. Cette dernière est une pratique courante dans les mutuelles d'entreprise, qui instaurent une solidarité des adhérents aux revenus les plus élevés vers les autres.

239. Concernant le financement externe, étant donné que les mutuelles de santé visent à protéger et à promouvoir la santé de la population, objectif qu'elles partagent bien évidemment avec l'Etat et les collectivités locales, elles reçoivent de ces derniers des soutiens financiers sous forme de subvention qui sont accordées annuellement. Cependant l'Etat ou les collectivités locales peuvent à tout moment contrôler l'utilisation des subventions accordées. Ce contrôle est très important car il oblige les mutuelles à tenir une comptabilité claire d'où les registres comptables et les pièces justificatives de dépenses tenues à jour. A côté de ces aides figurent, celles des partenaires extérieurs, qui jouent un rôle de premier plan au développement des systèmes d'assurance maladie dans les pays en voie de développement. Il faut donc reconnaître que le poids de l'aide extérieure dans la promotion des expériences mutualistes est important. C'est dans cette lancée que la population, dans le but de financer ses initiatives en matière de santé et notamment en ce qui concerne des mutuelles de santé, sollicitent l'appui des partenaires étrangers tels que, la Coopération française, USAID, le BIT, la Coopération Allemande etc.

240. Il faut enfin noter que les mutuelles dans l'exécution de leurs tâches rencontrent beaucoup de difficultés qui sont essentiellement d'ordre financiers, de gestion et de la nature même de l'offre de soins proposée. Cette situation ne favorise pas une adhésion massive de la population au mouvement mutualiste car n'y trouvant pas la satisfaction escomptée.

Les problèmes financiers demeurent les plus fréquents au sein des mouvements mutualistes. Ces problèmes sont essentiellement liés au déséquilibre entre cotisations et prestations. Ce déséquilibre dans le système mutualiste sénégalais est dû à la faiblesse des cotisations et de l'insuffisance des adhérents. Le montant relativement faible des cotisations s'explique par le fait que la grande majorité des membres des mutuelles ont un revenu faible ou irrégulier. Ainsi malgré des tarifs très bas de cotisation par membre, les dirigeants peinent à recouvrer les droits de cotisation de leurs membres. Cet aspect ne milite pas en faveur d'une grande prise en charge des mutuelles parce que dépourvues de moyens suffisants. A titre d'illustration, la mutuelle de Fandéne lors de sa création assurait une couverture à 100% de tous les coûts pour les 15 premiers jours d'hospitalisation y compris les accouchements par césarienne. En 1997, cette couverture a été réduite aux 10 premiers jours d'hospitalisation, et ce, sans doute en raison de l'insuffisance des cotisations qui n'étaient que de 200FCFA²⁹⁷.

Les problèmes de gestion quant à eux concernent surtout les dirigeants des mutuelles situées en milieu rural. Ces derniers ayant généralement un niveau d'instruction faible ont plus de volonté que de capacités financières et institutionnelles à gérer les mutuelles. Cette situation est à l'origine de gestions opaques dont font l'objet bon nombre de mutuelles au Sénégal. Il faut donc dire que ce manque de transparence dans la gestion ne milite pas en faveur de la confiance des adhérents envers les dirigeants. A cela, s'ajoute une sous information des bénéficiaires sur les questions qui touchent les structures auxquelles ils ont adhéré. Concernant les mutuelles urbaines, le manque de maîtrise des règles de gestion se manifeste par des dépenses excessives et par une mauvaise prévision des risques. Ainsi, ces défaillances de gestion pourraient conforter la population non encore membre dans leur sentiment de méfiance vis-à-vis des mutuelles.

Le dernier point important concernant les difficultés des mutuelles sénégalaises de santé est le problème de la qualité des soins. Les soins prodigués aux bénéficiaires des mutuelles sont souvent décevants car les établissements de santé qu'elles choisissent sont en général sous équipés ou ont un personnel insuffisant. Cette situation ne relève pas forcément de la mauvaise foi des mutuelles mais de la nature même des structures de santé qui manquent de tout. Une telle situation tend à annihiler l'intérêt même d'être membre d'une mutuelle car à quoi sert d'être membre quand on sait que les prestations dont on sera bénéficiaire ne seront

²⁹⁷ Mama Laye Mbaye, *La mutualité dans le domaine de la santé*, Mémoire de master en droit de la santé, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2008, p. 43.

pas à la hauteur de ses attentes. En principe, une mutuelle soucieuse d'avoir une bonne réputation, facteur adhésion massive, doit passer des conventions avec des formations sanitaires performantes. Même s'il ne revient pas aux dirigeants de traiter les malades, il leur appartient, dans leur mission de gestion de la mutuelle, de passer des conventions avec des structures de santé devant assurer au mieux la prise en charge médicale des adhérents.

C : Un exemple d'une mutuelle de santé : la mutuelle communautaire « Jaata Kéria ».

241. « Jaata Kéria »²⁹⁸ est une mutuelle de santé qui a pour principal créneau la couverture sanitaire des indigents et groupes vulnérables. Elle est fondée le 4 mai 2003 par des habitants du quartier de Kandé dans la commune de Ziguinchor. Avec 250 adhérents enregistrés au moment de son AG constitutive, elle a connu un rythme de croissance appréciable, en 2007 elle compte 3031 membres dont 2546 par adhésion individuelle et 471 par adhésion familiale. Les bénéficiaires étaient au nombre de 5106 personnes. La mise en place de la mutuelle a été suscitée par l'ONG PACTE²⁹⁹ qui avait déjà entrepris à la fin des années 90 une étude de faisabilité dans la commune de Ziguinchor révélant l'engouement de la population à agir solidairement pour prendre en charge leur problème de santé. La situation de la pauvreté accentuée par le conflit casamançais, d'une part et le drame du bateau « le Joola » en septembre 2002³⁰⁰ d'autre part, ont accéléré le processus de mise en place de la mutuelle avec l'appui financier de l'Union Européenne et de l'USAID à travers leur accord de partenariat avec l'ONG PACTE.

242. La population cible de la mutuelle « Jaata Kéria » est essentiellement composée de ménages à faibles revenus tirés de la vente des produits des activités agricoles et de

²⁹⁸ Ce terme signifie en langue mandingue « une bonne santé ».

²⁹⁹ L'ONG PACT est un programme de développement social urbain mené en partenariat avec la commune de Ziguinchor. Elle vise principalement à développer les capacités d'auto-prise en charge de la population par une implication et une responsabilisation progressive dans la résolution de leurs besoins, mais aussi dans la gestion et la maîtrise de leur environnement.

³⁰⁰ Le bateau Joola géré par l'armée sénégalaise et assurant la navette Dakar-Ziguinchor a fait naufrage dans la nuit du 26 au 27 septembre 2001 sur les côtes gambienne en faisant plus de 1600 morts. La principale cause du naufrage était due à la surcharge car, ce bateau était normalement conçu pour environ 700 passagers. L'Etat a reconnu sa responsabilité dans cette affaire et a procédé à l'indemnisation des familles des victimes.

cueillette. La région de Ziguinchor, réputée jusqu'à il y a peu de temps comme zone hors critère de pauvreté, est créditée aujourd'hui du taux de pauvreté le plus élevé du Sénégal, 67%³⁰¹. Celui-ci dépasse la moyenne nationale qui est de 57%. Cela est à mettre en rapport avec la situation de crise entretenue par le conflit armé dans cette partie sud du pays. Ainsi, la mutuelle a adopté dans ses statuts un mode d'adhésion familiale mais avec une cotisation individuelle. Les droits d'adhésion sont fixés à 100 FCFA et la cotisation par ayant droit et par mois est de 175F. Le paquet de bénéfice quant à lui comprend les soins primaires, la planification familiale, l'hépatite B, les consultations, les extractions dentaires, les accouchements, les analyses et enfin les médicaments. Il faut dire que tous ces services sont pris en charge à la hauteur de 80% à l'exception des médicaments dont la prise en charge s'élève à 60%. Ainsi, chaque adhérent dispose d'un carnet de membre avec les photos des ayants droits. Une lettre de garantie est fournie par la mutuelle au moment du besoin sur présentation du carnet de membre. Ce carnet permet de vérifier si le membre est à jour de ses cotisations d'une part et d'autre part si le malade fait bien parti des ayants droits, lui permettant de bénéficier des prestations couvertes par la mutuelle. Des conventions sont signées avec les structures de santé et les pharmacies qui précisent les modalités de prise en charge du malade et le mécanisme de compensation. Les factures sont accompagnées par les photocopies des pièces attestant des soins reçus ou l'ordonnance pour les médicaments. Le règlement de ces factures est effectué à la fin de chaque mois après vérification de leur conformité.

243. La mutuelle est conventionnée avec deux centres de santé, 11 postes de santé et 5 pharmacies situées dans la ville de Ziguinchor et ses environs. Ces conventions ne sont pas assujetties au dépôt d'une caution sauf pour deux structures de soins : Kandé 1 et Kandé 2 respectivement pour un montant de 75 000F et 50 000FCFA. Ainsi, le pallier de prise en charge au niveau de l'offre de soins est limité aux postes et centres de santé avec lesquelles la mutuelle a signé une convention. Un ticket modérateur à la hauteur de 20% du coût est applicable à l'hospitalisation, à l'analyse et aux tickets de visite. Il est de 40% en ce qui concerne les médicaments dont les prestations doivent porter prioritairement sur les médicaments essentiels génériques (IB). Autrement dit, la mutuelle supporte pour les soins les

³⁰¹ Ousmane Sow, art. cit., p. 26.

80% et pour les médicaments les 60% et le patient prend en charge le reste conformément au principe du tiers payant³⁰².

Il faut remarquer que la mutuelle a réussi à entretenir de bons rapports de collaboration avec ses prestataires et ses membres grâce à la confiance et à la crédibilité acquise à leur égard. Cette confiance se justifie par le fait d'une part que les délais de paiement des factures ont toujours été respectés et d'autre part, que la mutuelle est parvenue depuis sa création en 2003 à assurer la couverture de toutes les demandes dans la limite du paquet de bénéfice offert avec à titre illustratif 1631 patients pris en charge en 2006 pour un coût total de 2 996 914 FCFA³⁰³.

244. Il faut reconnaître au bout du compte que dans le paysage actuel des systèmes d'assurances maladies, les mutuelles de santé ont réussi à se faire une place prépondérante reconnue par tous. Celle-ci, grâce aux fonctions sociales qu'elles assument pour les communautés et qu'elles ont bâties à partir des valeurs de solidarité et d'entraide particulièrement ancrées dans les traditions courantes au Sénégal. Dans cette posture, certaines d'entre elles n'ont pas tardé à élargir leur option sur les mécanismes de fonctionnement pour faciliter l'accès aux services qu'elles offrent à des catégories sociales particulières. Le développement des schémas de prise en charge d'indigents ou de groupes sociaux vulnérables participe à cette dynamique qui, du coup, offre aussi à ces mutuelles une bonne opportunité de renforcement de leur base sociale et surtout de leur stabilité économique, parce que bénéficiant du soutien de l'Etat.

245. En effet, les autorités sénégalaises, considérant que le développement du secteur de la santé en général et du système d'assurance maladie en particulier constituent une priorité, que le régime contributif à caractère volontaire à travers les mutuelles de santé constitue un instrument moderne prometteur pour développer le système d'assurance maladie, et convaincues que le statut associatif classique ne sied pas à la mutuelle de santé, a mis en

³⁰² Ousmane Sow, art. cit., p. 28.

³⁰³ Ousmane Sow, art. cit., p. 28.

place une loi spécialement destinée aux mutuelles de santé. Cette loi est adoptée le 16 mai 2003 par l'Assemblée Nationale et promulguée le 04 juin 2003. Elle a été publiée au journal officiel de la République du Sénégal le 05 juillet 2003. Elle est un instrument juridique spécifique destiné à prendre en compte l'identité mutualiste. Cependant, les mutuelles de santé ne constituent pas les seules assurances maladies à caractère volontaire au Sénégal. Il sera donc important d'évoquer les assurances privées à but lucratif même si elles n'ont pas spécifiquement fait l'objet de développement dans nos travaux. Ces assurances privées sont régies par le Code interafricain du marché des assurances (Code CIMA)³⁰⁴. Elles couvrent en général les particuliers qui ont un niveau de revenu assez élevé. Il s'agit des membres des professions libérales, des industriels, des cadres de haut niveau dans des entreprises étrangères et des commerçants. Les contrats d'assurance sont proposés sous forme de paquet et peuvent être considérés comme des produits d'appel, offerts aux grandes entreprises qui souscrivent des polices d'assurance pour d'autres sinistres (incendies, vol, responsabilité civile)³⁰⁵.

246. Il faut reconnaître en concluant ce chapitre que le mode dominant du financement de la santé est la dotation budgétaire de l'Etat. Cependant, d'autres modes de financement existent à côté du ce financement public, ils étaient sans doute secondaires mais incontournables. Il s'agit de l'apport de la population et des partenaires au développement. A titre illustratif, en 2005 la dépense nationale de santé du Sénégal est estimée à 254,2 milliards de FCFA soit une dépense nationale de santé de 23 450 FCFA par habitant. Les fonds publics s'élèvent à 91,4 milliards de FCFA et sont constitués à hauteur de 96% par les fonds provenant de l'administration centrale et 3% des collectivités locales. Les fonds privés s'élèvent à 109,4 milliards de FCFA dont 87% de fonds de ménages, 9% de fonds des employeurs, 3% d'autres fonds privés et 1% de fonds des ONG. Les fonds du reste du monde quant à eux sont de 53,4 milliards de FCFA, dont 59% proviennent de la coopération

³⁰⁴ En 1998 plus précisément le 10 juillet, sera signé à Yaoundé (République du Cameroun) le Traité instituant une Organisation Intégrée de l'Industrie des Assurances dans les Etats africains membres de la Zone Franc et portant création de la Conférence Interafricaine des Marchés des Assurances (CIMA). Ainsi, cette Conférence Interafricaine des Marchés des Assurances a été instituée pour assainir le milieu des assurances avec l'harmonisation des indemnisations des victimes d'accidents de véhicule moteur, à l'image de la loi française du 5 juillet 1985, dite loi Badinter.

³⁰⁵ Ministère de la santé et de la prévention médicale, *Réflexion sur la couverture du risque maladie au Sénégal*, op. cit., p.7.

bilatérale, 14% de la coopération multilatérale, 0,7% de la coopération décentralisée, 26% des ONG, des initiatives internationales et globales et 0,3% des sénégalais de l'extérieur³⁰⁶.

Par ailleurs, on remarque un grand paradoxe dans le financement de la santé au Sénégal car les résultats des comptes nationaux de la santé en 2005 montrent une réalité contraire à celle qui faisait de l'Etat le premier pourvoyeur de fonds du secteur de la santé. D'après ces résultats, la première source de financement du secteur de la santé au Sénégal est constituée par les fonds privés. Ces fonds proviennent principalement des apports des ménages, ce qui dans un contexte de pauvreté, constitue un lourd fardeau pour ces derniers. Cette situation s'explique en partie par la faiblesse des systèmes assuranciers et le coût élevé des prestations sanitaires en général. De même, ils mettent en exergue la faible contribution des collectivités locales dans les dépenses de santé, malgré un contexte institutionnel qui leur transfère des compétences importantes dans le secteur. Il faut également noter que le reste du monde est une source de financement non négligeable. Il constitue la troisième source après les ménages et l'administration centrale. Près du quart du financement de la santé dépend donc de l'extérieur. Ce qui montre le caractère extraverti du financement de la santé au Sénégal.

En définitive, l'offre de soins est en grande partie assurée par les établissements publics de santé. Cependant, l'offre fournie par ceux-ci ne permet pas à la population d'avoir une satisfaction de l'accès aux soins. C'est pourquoi, l'Etat dans le cadre d'une collaboration sanitaire fait appel au secteur privé à qui il confie parfois une mission de service public. Au delà de cet aspect, le secteur privé par sa propre initiative et sur autorisation des autorités compétentes assurent des prestations d'offre de soins à but lucratif ou à but non lucratif. Ces prestations sont reconnues comme étant de meilleure qualité par rapport à celles offertes par le secteur public mais constituant un handicap d'être trop chères donc inaccessibles à la majeure partie de la population. Il faut aussi rappeler qu'hormis le secteur public et privé d'offre de soins, le secteur de la médecine traditionnelle joue un rôle incontournable car les ménages africains pour la plupart y font recours. Mais, elle mérite cependant d'être réglementée pour non seulement en tirer profit mais aussi pour pallier les risques qu'elle comporte. En outre, on ne peut dans le contexte sénégalais parler de l'offre de soins sans mettre l'accent sur le service public hospitalier. C'est le cadre par excellence où l'offre de soins est organisée et assurée à toute la population sans discrimination.

³⁰⁶ Comptes nationaux de la santé du Sénégal 2005, p. 33.

247. L'organisation de l'offre de soins jusque là adoptée par de nombreux pays africains (la gestion directe en régie des établissements publics de santé) par le niveau central a eu beaucoup de mal à faire face à la demande de la population. Cela est lié surtout à un désordre institutionnel marqué par le fait que les décisions dictées d'en haut ne prennent souvent pas en compte les vraies réalités de la base. Egalement, le mode de gestion en régie ne permet pas l'implication des acteurs qui travaillent dans les établissements de soins à leur gestion. Cette situation entraîne donc un manque de responsabilisation du personnel sanitaire et une grande léthargie de leur part impactant négativement la qualité des prestations des soins ainsi que le niveau d'accessibilité aux soins. En effet, préoccupés par cette situation, beaucoup d'Etats africains ont enclenché en matière de santé d'importants mouvements de réformes, tant sur le plan institutionnel que sur le plan financier. Pour sa part, le Sénégal, afin de rendre performant son domaine d'offre de soins, a initié en 1998 la réforme hospitalière. En effet, conscient de l'inefficacité du système jusque là mis en place dans le domaine hospitalier, le gouvernement du Sénégal initie cette réforme capitale et ambitieuse qui transforme les hôpitaux publics en établissements publics de santé, dont la mission principale est le service public. Pour la première fois donc, on peut parler de service public hospitalier (articles 8 à 15 de la loi portant réforme hospitalière) qui constitue une politique efficace en matière d'accès aux soins et de lutte contre l'exclusion sociale (section 1), et ce, grâce à une administration de santé renforcée en faveur d'accès aux soins (section 2).

Section 1 : Une politique efficace de l'accès aux soins hospitaliers.

248. L'Etat a mené d'importants efforts en matière d'accès aux soins et de qualité à toute la population. Ces efforts se sont matérialisés d'abord par l'adoption de la stratégie de soins de santé primaires permettant à la population surtout en milieu rural de disposer d'établissements sanitaires de base à proximité. Ces efforts vont se poursuivre au niveau hospitalier car l'hôpital qui constitue la référence de ces établissements de soins de santé primaires n'est plus apte à jouer pleinement son rôle, et ce, pour plusieurs raisons : mauvaise gestion, plateau technique au plus bas niveau etc. Cette situation va amener les autorités publiques à procéder à la réforme de l'hôpital public en le transformant désormais en établissement public de santé, dont la mission est le service public hospitalier (loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière) et le créneau : l'accès aux soins de qualité et la volonté de mettre tout en œuvre pour éradiquer l'exclusion sociale en matière d'offre de soins.

Paragraphe 1 : L'avènement du service public hospitalier au Sénégal.

249. Il s'agit de voir à ce niveau les principes qui ont guidés l'Etat du Sénégal à œuvrer à la transformation des hôpitaux publics en établissements publics de santé mais aussi de voir leur organisation qui devient dès lors l'un des meilleurs systèmes pour assurer des services de soins de qualité et de quantité suffisante grâce à une bonne gestion des structures hospitalières jusque là rattachées directement à l'Etat et gérées en régie.

A : Contexte des hôpitaux sénégalais avant la réforme de 1998.

250. Avant la réforme hospitalière de 1998, les textes relatifs à la santé ont très peu consacré la notion de service public hospitalier. En effet, seul le décret n° 74-1082 du 4 novembre 1974 réglementant les formations hospitalières³⁰⁷, de façon très laconique, dispose en son article 26 que « *la formation hospitalière est destinée à recevoir les malades, les blessés et les femmes en couche* ». Les hôpitaux publics étaient principalement et directement rattachés au ministère de la santé, chargé de leur gestion en régie. C'est pourquoi le service est assuré par l'administration avec son personnel, son budget et son domaine. L'hôpital n'a aucune individualité et n'est doté d'aucune personnalité juridique³⁰⁸.

251. Considérés comme de simples services d'une administration centrale chargée d'appliquer les directives et d'utiliser les crédits qui leur sont affectés, leur gestion a fait l'objet de beaucoup de critiques. Ce qu'on reproche à cette gestion est surtout, le manque de souplesse car tout se gère au niveau central avec comme conséquences une lourdeur et une

³⁰⁷ JORS du 7 décembre 1974, p. 148-151.

³⁰⁸ Il faut noter que le service en régie se confond avec l'organisation administrative, ce qui empêche aux hôpitaux de disposer d'une autonomie administrative et financière.

lenteur administrative sans précédent, l'insignifiante responsabilité des praticiens et enfin le défaut de faire adhérer la communauté dans la gestion des structures hospitalières. Il faut reconnaître que pour remédier à ce dernier aspect, des comités de santé ont été institués dans les hôpitaux pour la participation de la population à la gestion des établissements³⁰⁹. Malheureusement, leur mode de gestion a conduit dans la plupart des cas à des dérives, ayant entraîné fatalement le dysfonctionnement de l'hôpital, nonobstant leur impact positif en matière de financement de l'établissement hospitalier.

252. En effet, plusieurs hôpitaux se retrouvent dans une situation où ils sont incapables d'assurer leur mission, autrement dit, assurer des soins de qualité aux citoyens de toute catégorie sociale et des opportunités de recherche. Le plateau technique des hôpitaux est réduit à sa simple expression à cause d'une insuffisance de matériels, de consommables, de médicaments, d'un déficit du personnel etc. Dès lors, les usagers plus ou moins nantis fréquentent peu les hôpitaux publics pour se faire soigner. Ils préfèrent, la plupart du temps se rendre dans les structures de soins plus coûteuses, mais ayant l'avantage de présenter des plateaux techniques de qualité, alors que les pauvres, faute de moyen et d'assurance maladie sont obligés à recourir à la médecine traditionnelle ou aux médicaments de la rue avec tout ce que cela comporte comme risques³¹⁰.

253. Il est alors apparu nécessaire d'engager une réforme de ce secteur afin de répondre aux exigences d'une politique orientée vers la santé pour tous et aux exigences de la société moderne qui demande une médecine de plus en plus efficace. D'où ressort la pertinence des réformes du 02 mars 1998, c'est-à-dire la loi n° 98-08 portant réforme hospitalière et la loi 98-12 portant création, fonctionnement et organisation des établissements publics de santé. Cette réforme tant attendue venue en 1998 a permis de changer totalement la nature des hôpitaux.

³⁰⁹ Décret n° 92-118 du 17 janvier 1992 du MSPAS, fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statut types desdits comités.

³¹⁰ L'automédication est très développée en Afrique. Ainsi, l'individu dès qu'il ne se sent pas bien se confie directement au marchand de médicaments de la rue qui lui conseille directement lequel de ses produits s'avère efficace pour son mal. Cela peut créer davantage de problèmes qu'il n'en règle et le patient ne se rend à l'hôpital que lorsque son mal a atteint un niveau critique. Souvent son diagnostic devient très compliqué parce qu'il n'informe pas le praticien qu'il a déjà fait usage de ces médicaments prohibés.

B : Contexte actuel des hôpitaux sénégalais³¹¹.

254. Désormais, au Sénégal, les hôpitaux publics, y compris les services militaires de santé hospitaliers, sont devenus depuis la loi n° 98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière, des établissements publics de santé investis d'une mission de service public. Le service public hospitalier sénégalais s'est largement inspiré de celui de la France, notamment le dispositif de la loi de 1991 et celui de 1996 portant réforme des hôpitaux français.

a) Définition du service public.

255. Le service public est une notion complexe, car évolutive et controversée, essentiellement en droit administratif. On le considère comme un mythe, une force agissante, une sorte de fiction harcelée par la réalité³¹². En fait, en France, il y connaîtra un grand essor à la fin du XIX^{ème} siècle. On le définit à un double plan : matériel et organique. Au sens organique, l'expression désigne « *un ensemble d'agents et de moyens qu'une personne publique affecte à une même tâche* », alors qu'au plan matériel, le plus souvent retenu par la jurisprudence, l'expression désigne « *une activité d'intérêt général que l'administration entend assumer* »³¹³. A ces deux acceptions, on ajoute souvent une troisième, en considérant que « *c'est une activité soumise à un régime spécifique*³¹⁴, c'est-à-dire un ensemble de procédés dérogatoires au droit commun ». Enfin, Jacqueline Morand-Deville donnera une

³¹¹ Au Sénégal les hôpitaux ont connu une longue évolution. Saint-Louis en tant que première Capitale de AOF a bénéficié des premières installations sanitaires, puis Gorée et Dakar. De simples services de l'administration coloniale destinés aux militaires et aux fonctionnaires français et autochtones, ils s'ouvriront petit à petit aux indigènes. Ainsi, ces derniers vont y bénéficier des soins gratuits dispensés par les médecins militaires. A partir de 1822 des dispositions vont être prises pour vacciner les enfants entrant à l'école, dispositions qui vont être étendues à l'ensemble de la population. L'obligation sera même faite aux médecins de se rendre en campagne pour apprendre à la population des mesures d'hygiène et de préventions ainsi que de rechercher les origines des grands courants de maladies qui sévissent dans le pays (Cf, Mamadou Badji, « Les rapports entre le pouvoir médical et l'Administration dans les anciennes colonies de l'AOF : l'exemple du Sénégal (1904-1960) », in Revue Générale de Droit Médical, *Pouvoir, santé et société*, hors série, novembre 2006, p. 377).

³¹² Jacqueline Morand-Deville, *Cours de droit administratif*, 12^{ème} édition, Montchrestien 2011, p. 464.

³¹³ Jean Rivéro et Jean Waline, *Droit administratif*, 21^{ème} édition, Dalloz 2006, p. 438 et s.

³¹⁴ C'est le point de vue de Marcel Chenot, cité par Jean Rivéro, op. cit. p. 439.

définition plus simple du service public. Selon elle « *le service public est une activité d'intérêt général assurée soit par une personne publique, soit par une personne privée rattachée à une personne publique et soumise à un régime juridique particulier* »³¹⁵.

256. Si en France, le service public a permis de déterminer le champ d'application du droit administratif, toutefois au Sénégal, la situation s'est compliquée du fait de son système d'unité de juridiction. Dans ce pays, entre le critère organique et le critère matériel, on a, semble-t-il, fait prévaloir le premier. En effet, l'article 11 du Code des obligations administratives (COA) déclare que « *le service public est constitué par toute activité d'une personne morale de droit public en vue de satisfaire un besoin d'intérêt général* ». Mais il est reconnu que le service public peut être géré par des personnes privées³¹⁶. Ainsi, Demba Sy définit le service public comme « *une activité assurée ou assumée par une collectivité publique en vue de satisfaire un besoin d'intérêt général* »³¹⁷.

257. Dans tous les cas, une constante demeure. En effet, tout le monde s'accorde à reconnaître que le service public repose sur un certain nombre de critères ou principes, à savoir l'activité d'intérêt général, assurée par une personne publique ou privée et soumise à un régime juridique particulier³¹⁸ ainsi que le respect des principes de la continuité, l'adaptabilité et l'égalité. C'est ainsi qu'on distingue deux grandes catégories de service public, suivant l'objet et le régime juridique : les services publics administratifs et les services publics industriels et commerciaux dont le régime est fortement privatisé. En plus, une autre classification s'appuie sur la diversité des modes de gestion, plus précisément la régie, c'est-à-dire, l'exploitation directe par l'administration et l'établissement public, à savoir, un service public "personnalisé" doté de l'autonomie administrative et financière. Alors, la gestion peut être confiée à des organismes de droit privé, soit par voie contractuelle "délégation", soit par habilitation unilatérale donnée à une organisation coopérative, une association ou une fédération.

³¹⁵ Jacqueline Moraud-Deville, op. cit. p. 467.

³¹⁶ C.E. Ass., 13 mai 1938, Caisse primaire « Aide et protection », GAJA, 16 édit. DALLOZ 2007 n° 53.

³¹⁷ Demba Sy, *Droit administratif*, Éditions du CREDILA, 2009, p. 221.

³¹⁸ Encore que la part du droit public peut être plus ou moins prononcée.

Egalement, la gestion du service public par les personnes privées s'étend aux établissements publics industriels et commerciaux. Néanmoins, notre analyse ne portera que sur les services publics administratifs dans le domaine sanitaire et social, d'où le service public hospitalier : objet de notre étude. Il faut rappeler que la notion de service public hospitalier est récente même en France car elle a été introduite dans le droit français par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Elle ne vivra pas longtemps non plus car avec l'adoption de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 portant réforme hospitalière, une certaine conception du service public hospitalier semble s'estomper³¹⁹. Mais, elle mentionne encore des missions de services publics, listées à l'article L. 6112-1 du Code de santé publique français.

b) Statut juridique actuel des hôpitaux publics du Sénégal.

258. La réforme a conféré aux hôpitaux publics une personnalité morale de droit public ainsi qu'une autonomie financière et administrative. Là gît la rupture puisque les hôpitaux étaient auparavant, à de rares exceptions près, directement rattachés au ministère chargé de la santé et gérés en régie d'Etat. D'ailleurs, un découpage géographique a été envisagé par le biais d'une Carte sanitaire qui détermine les zones de couverture de chaque établissement ainsi que ses structures techniques. C'est pourquoi les projets de création, d'extension de couverture et de regroupement sont désormais encadrés par un régime d'autorisation préalable (article 20 de la loi 98-08). Ainsi les hôpitaux se dotent tous d'un projet d'établissement et mettent aussi en place une politique d'évaluation donnant lieu à un rapport annuel du directeur (article 23 de la loi 98-08).

259. L'une des innovations de taille relevée dans ce nouveau dispositif, c'est, nous l'avons dit, l'érection de l'organisation hospitalière en un service public, et en conséquence, la transformation des hôpitaux publics en établissements publics de santé, avec la possibilité pour les établissements privés de se voir confier la mission de service public. Ainsi certains établissements tels que l'hôpital militaire de Ouakam (établissement hospitalier militaire) et

³¹⁹ Marc Dupont, Claudine Bergoignan-Esper et Christian Paire, Droit hospitalier 8^{ème} édition, Dalloz 20011, p. 243.

l'hôpital Saint Jean de Dieu de Thiès (établissement privé hospitalier à but non lucratif) consacrent près de la moitié de leurs activités à l'exercice du service public. C'est peut-être la raison pour laquelle le législateur a pensé octroyer à ces établissements³²⁰, au même titre que les établissements publics, des prérogatives leur permettant d'assurer le service public hospitalier³²¹. Ces établissements publics de santé hospitaliers sont investis d'un certain nombre de missions³²² et sont soumis à des principes rigoureux dont l'accès équitable aux soins. Ainsi l'hôpital est tenu d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade le justifie.

260. La loi sur la réforme dans son exposé des motifs a aussi rappelé les principes du service public hospitalier. Il s'agit de la continuité des services, de l'égalité pour tous dans l'accès aux soins essentiels, de la mise à disposition de meilleurs soins possibles. D'autres principes ont été également pris en compte, notamment la disponibilité permanente du service, le traitement prioritaire de toutes les urgences avant l'engagement de toute procédure financière, le respect des tarifs accessibles, la prise en charge des personnes démunies (donc le refus d'exclusion), l'institution d'un système d'information pour chaque malade hospitalisé, conformément à la Charte du malade qui définit en réalité la place du malade, à savoir ses droits et devoirs. Le respect de ces règles nécessite la représentation des usagers dans le conseil d'administration de l'hôpital.

261. Rappelons en outre que l'objectif visé dans le cadre de cette réforme est celui de qualité de l'offre de soins devant être disponible à l'ensemble de la population quelque soit son lieu de résidence. C'est ainsi reconnaître qu'un bon service public hospitalier suppose une meilleure garantie de l'accessibilité aux soins. Mais, c'est la qualité qui donne aux soins de

³²⁰ Selon l'article 10 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 le service public hospitalier est assuré par les établissements publics de santé hospitaliers, les établissements hospitaliers militaires participant au service public et les établissements hospitaliers privés qui ont sollicité et obtenu du Ministre de la santé leur participation au service public.

³²¹ Il faut cependant remarquer que jusque là aucun décret d'érection n'est encore pris pour expressément reconnaître aux établissements militaires et privés de santé l'exécution de la mission de service public.

³²² Conformément à l'article 8 de la loi 98-08 du 2 mars 1998, le service public hospitalier a pour mission de garantir à tous un accès équitable aux soins. Il est tenu de jour comme de nuit d'accueillir toute personne en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie (...). Et, au-delà de cette mission de soigner, le service public hospitalier conformément à l'article 9 de cette même loi doit concourir à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la formation continue des praticiens et à la recherche entre autres.

santé leur sens. C'est ce que nous rappelle l'article 3 de la Charte du malade en disposant, « *les établissements publics de santé ont l'obligation de garantir aux patients des soins de qualité* ». A cet effet, la réforme hospitalière de 1998 a en théorie accordé une attention particulière à l'accessibilité et à la qualité des soins. Cela se justifie par le fait que celle-ci s'articule essentiellement autour des objectifs de renforcement de l'accessibilité aux soins de la population, mais aussi autour des objectifs d'amélioration de la qualité des soins. Cependant pour que l'offre de soins soit satisfaisante du point de vue « qualité », un certain nombre de normes doivent être respectées à savoir le respect du principe d'égalité, de continuité du service et de mutabilité ainsi que le respect d'un certain nombre de démarches nécessaires à la satisfaction d'une offre de soins de qualité.

262. Concernant le principe de la continuité du service, il est créé pour répondre à un besoin d'intérêt général, le principe de la continuité du service découle naturellement de la finalité du service. Donc le service public doit fonctionner de façon ininterrompue³²³. Ainsi, les Hôpitaux et structures de soins de base sont dans l'obligation de répondre à la sollicitation des usagers du service de santé, de jour comme de nuit. A cet effet, tout établissement de santé qui n'est pas en mesure de répondre à la demande d'un usager, doit le référer à un autre établissement capable de le prendre en charge (article 8 de la loi 98-08 portant réforme hospitalière). Il existe dans chaque établissement un système de garde, pour les malades hospitalisés, défini par les responsables des services de santé de l'établissement sous le contrôle du directeur. Cependant, au Sénégal le système de garde rencontre des difficultés du fait du manque de personnel. Cette situation entraîne des conséquences énormes qui peuvent être à l'origine de la mort des patients³²⁴. Ainsi, pour assurer une bonne continuité du service, les autorités publiques doivent doter les hôpitaux de personnels suffisants tout en les mettant dans de bonnes conditions. Mais aussi les doter de ressources financières conséquentes pour faire face à leur besoin de fonctionnement et d'investissement. A ce titre, l'Etat doit non seulement augmenter les subventions qu'il octroie à ces établissements, mais doit aussi acheminer les ressources déjà accordées dans un délai raisonnable. Car le constat est que ces ressources perçues souvent tardivement entraînent, entre autres, le retard des commandes et le

³²³ Conseil d'Etat : 7 Juillet 1950 : Dehaene GAJA n° 72. D'ailleurs, cette jurisprudence a élevé en France, le principe de continuité au rang de principe général du droit (PDG).

³²⁴ Cour d'appel de Dakar, décision n° 420 du 10 mai 1985, Veuve Nemer Sabbah c/ Hôpital principal de Dakar.

non paiement à temps des factures des fournisseurs. L'Etat, certes, est en train de fournir des efforts en ce sens, mais doit encore continuer à encourager les personnels de santé, surtout les spécialistes à aller servir dans les zones desservies ou reculées.

263. Concernant le principe de mutabilité, il faut dire que celui-ci exige au service public hospitalier de s'adapter en permanence aux besoins de la population tels qu'ils résultent des mouvements démographiques ou de l'évolution de son état sanitaire. Le service public de santé doit donc être capable de s'adapter devant n'importe quelle situation de santé. Ainsi en cas d'épidémie, le service public doit être en mesure de mettre en œuvre un cordon sanitaire pour filtrer les entrées et les sorties du milieu épidémique ou pandémique et même de réquisitionner tout le personnel médical pour faire face à ces situations et former le personnel médical³²⁵. En effet, l'Etat, pour adapter en permanence le service public hospitalier aux besoins et aux mouvements démographiques de la population, doit mettre en place un bon système de planification sanitaire et améliorer les conditions techniques d'équipement et de fonctionnement imposées aux établissements. Aux principes de continuité et de mutabilité, s'ajoute le principe d'égalité. A ce titre l'article 8 de la loi 98-08 dispose que « *le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins* ». Il s'agit là de l'application au service public hospitalier du principe général du droit d'égalité³²⁶. Cependant, le juge dans l'application de ce principe n'interdit pas aux gestionnaires du service public d'apporter certaines discriminations à condition que les usagers ne se trouvent pas objectivement dans une situation identique ou lorsque l'intérêt général l'exige³²⁷.

264. L'atteinte des objectifs de qualité de l'offre de soins exige aussi le respect d'un certain nombre de démarches. Il s'agit, de la démarche stratégique mettant l'accent essentiellement sur la mobilisation de tous les acteurs de l'établissement public hospitalier en vue de les amener à prendre progressivement en compte les aspects qualités dans leur pratique quotidienne. Il s'agit aussi, de la démarche technique mettant l'accent sur l'harmonisation des

³²⁵ Alioune Thiam, op. cit., p.84.

³²⁶ CE : 9 mars 1951, Société des Concerts du Conservatoire, GAJA n° 74.

³²⁷ CE 1 juillet 1974, Denoyez et Chorgues, Rec., p. 274 ; AJDA 1974, p. 298 (à propos de la tarification des services publics).

méthodes et outils employés et de la maîtrise des techniques de mesures et des éléments du système d'information. Pour se faire, les autorités sanitaires doivent développer la communication entre les praticiens de santé, car le développement d'un véritable dialogue entre les différents acteurs de santé est une condition essentielle de l'amélioration de la qualité, de l'accès et de la continuité des soins. Mais, il faut aussi promouvoir le travail collectif car très peu de formations sanitaires prennent en compte le travail d'équipe. Le « chacun pour soi » dans le cadre de la décision bureaucratique des tâches est la règle. Créer dans les hôpitaux des cadres de discussions professionnelles peut résorber le management très bureaucratique qui gangrène le service hospitalier.

Paragraphe 2 : Le service public hospitalier : une stratégie de lutte contre l'exclusion sociale.

265. La lutte contre l'exclusion sociale par la prise en charge hospitalière des personnes démunies est assez remarquée à travers les textes sur la réforme hospitalière du Sénégal. Le législateur dès l'entame de l'exposé des motifs de la loi sur la réforme de 1998, affirme ce principe solennel en rappelant que « *les missions du service public hospitalier s'inscrivent avant tout dans l'obligation qui est faite aux hôpitaux d'assurer un accès équitable à l'ensemble de la population à un minimum de soins* ». Cette politique au delà d'une simple déclaration d'intention va se manifester dans la réalité avec l'application de la gratuité des soins pour les personnes âgées de 60 ans et plus appelé plan Sésame et de l'application de la gratuité pour les césariennes. Il s'agit là d'une avancée significative en matière de la prise en charge des couches vulnérables même si ces initiatives ont tant de mal à s'appliquer comme il faut.

A : Prise en charge des personnes démunies.

266. On remarque au Sénégal une dénonciation très fréquente des tarifs des soins appliqués dans les différentes structures publiques de santé hospitalières. A titre illustratif, lors d'une enquête menée dans les hôpitaux, 54% des patients interrogés, trouvent les tarifs des prestations de soins très élevés³²⁸. Ces coûts élevés font que de nombreux malades ne se rendent pas à l'hôpital par crainte de ne pas pouvoir supporter les tarifs d'hospitalisation surtout en milieu rural. C'est sûrement ce qui a amené le législateur à prendre des dispositions liées à l'exclusion des personnes vulnérables, débouchant ainsi à la création d'un service social dans tous les hôpitaux, afin de prendre en charge ces personnes à chaque fois qu'elles disposent de documents officiels établissant leur état d'indigence. Le législateur ayant bien

³²⁸ Direction des établissements publics de santé, Réforme hospitalière six ans après, MSPM, septembre 2004, p. 68.

entendu le cri du cœur de la population, va instituer des lois pour la réorganisation des hôpitaux publics. A cet effet, les lois sur la réforme hospitalière ont fait de l'accessibilité financière aux soins leur plus grand créneau³²⁹. Ainsi, la loi 98-12 du 2 mars 1992 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé dispose dans son exposé des motifs, plus précisément au paragraphe 4, « *le secteur sanitaire doit tenir compte de la vulnérabilité de la plupart des usagers* ». A cet effet, il rappelle qu' « *on ne peut pas évaluer les prestations de formation sanitaires avec les critères qui s'appliquent généralement aux entreprises du secteur marchand* ». Le paragraphe 5 va plus loin en rappelant que « *la recherche de bénéfice est incompatible avec la mission de service public de santé qui doit permettre à tout individu d'avoir accès aux soins, à un coût compatible avec ses ressources* »³³⁰.

267. Grâce à la réforme de 1998, tous les établissements publics hospitaliers ont un service social qui se charge des questions de prise en charge des personnes vulnérables n'ayant pas les moyens de se faire soigner. Mais, dans la réalité, c'est souvent des non indigents qui bénéficient de ces soutiens du fait des réseaux relationnels ou de clientélisme politique qui permettent à un certain nombre de famille d'en être les bénéficiaires au détriment des pauvres. Pour se faire, les autorités étatiques doivent procéder par le canal de leurs représentants³³¹ au recensement des couches de la population les plus démunies et qui, en cas de besoin de soins, seront prises en charge. Il est donc beaucoup plus réaliste de procéder par cette méthode que d'attendre que la personne tombe déjà malade pour exiger un certificat d'indigence pour sa prise en charge. C'est seulement dans cette condition que le principe de refus d'exclusion aux soins sera pertinent. Mais, il faut également faire en sorte que les établissements publics hospitaliers soient proches des populations en les intégrant dans la gestion hospitalière parce qu'elles sont plus au fait de leur propre situation financière

³²⁹ Cette ambition se verra transformer en droit fondamental consacré par la Constitution de 2001 en son article 17.

³³⁰ Cette disposition est très loin de la réalité au Sénégal car la transformation des hôpitaux en établissements publics qui exige que ceux-ci se prennent en charge par des ressources propres leur oblige à adopter des tarifs souvent très élevés. Il s'agit du cas de l'hôpital principal de Dakar ou de l'Hôpital Aristide Le Dantec où les tarifs de soins sont presque semblables à ceux des cliniques privées.

³³¹ A notre avis les délégués de quartier se trouvent être les mieux placés parce que très proches de la population.

et peuvent être le meilleur relais entre les autorités et les personnes démunies qui ont besoins d'une aide d'urgence de prise en charge sanitaire³³².

268. En outre, la loi de 1998 est à la fois ambitieuse et généreuse en ce sens qu'elle fait de la lutte contre l'exclusion sociale son principal cheval de bataille. La simple lecture de l'article 8 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 en est une parfaite illustration. En effet, il dispose que tous les établissements de santé sont chargés d'assurer de manière neutre et égale des examens de diagnostic, de surveillance et de traitement des malades hébergés ou non, des blessés et des femmes enceintes etc. Aussi, rendre les soins accessibles à tous les sénégalais, qu'ils vivent en zone urbaine ou rurale fait-il partie des attributions essentielles de tout Ministre de la santé. C'est dans cette trajectoire que semble s'inscrire le décret du 5 juin 2009³³³ où le Président de la République du Sénégal rappelle au Ministre de tutelle que *« l'accès aux soins est un élément fondamental de sa politique dans le domaine de la santé »*.

B : La prise en charge des personnes âgées : le Plan Sésame.

269. Le décret n° 2008-381 du 7 avril 2008 institue un système d'assistance «Sésame» en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus³³⁴. Il faut rappeler que ce système a été initié par le gouvernement du Sénégal depuis le 1^{er} septembre 2006. Cette belle initiative vise la gratuité des soins à l'ensemble des personnes à partir de 60 ans sur le territoire national soit 7% de la population. Néanmoins ce système ne concerne que les personnes de nationalité sénégalaise, ce qui nécessite la présentation d'une carte nationale d'identité. Dès lors, ce plan donne droit au bénéficiaire à la gratuité ou à la réduction des prestations médicales sur l'étendue du territoire national. Cependant, il a été prouvé, qu'au Sénégal, parmi les 650 000

³³² Assurer une bonne prise en charge sanitaire des personnes pauvres comporterait d'importants avantages sociaux et aurait notamment des retombées sur les franges les plus nanties de la société.

³³³ Décret n° 2009-539 du 5 juin 2009 relatif aux attributions du Ministre de la santé, de la prévention et de l'hygiène publique.

³³⁴ JORS n° 6415 du samedi 5 juillet 2008.

personnes âgées de 60 ans et plus, seules 30 % bénéficient d'une «couverture sociale», répartie entre l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) et le Fonds national de retraite (FNR), et les 70% restants n'ont pas de retraite, donc pas de couverture sociale³³⁵.

270. En s'inspirant des pays développés en l'occurrence la France qui dispose d'un plan de solidarité grand âge, le Président Abdoulaye Wade a déclaré, en effet, *« chez nous, chacun nourrit le rêve secret de vivre avec ses parents et de prendre soin d'eux. Mais, lorsque, par la force des choses, ce rêve ne peut être réalisé, il est juste que la Nation s'en charge. C'est pourquoi j'ai instruit le Ministre de la santé et de la prévention médicale de concevoir, avec les partenaires comme l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES), le Fonds national de retraite (FNR), la faculté de médecine de Dakar et les collectivités locales, un plan de couverture médicale permettant aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans des hôpitaux, centres et postes de santé sélectionnés sur l'ensemble du territoire national »*. Une subvention de 700 millions de francs Cfa sur fonds propres de l'Etat sera dégagée à cet effet pour couvrir ce nouveau système de solidarité dénommé « Sésame » ». Dès lors, il appartient au Ministère de la Santé et de la Prévention de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour exécuter cette directive présidentielle³³⁶.

271. Par ailleurs, ce plan qui fait obligation aux structures sanitaires d'administrer des soins gratuits aux personnes âgées à partir de 60 ans sur l'ensemble du territoire national fonctionne à deux vitesses. C'est la révélation faite par Mamadou Coumé coordonnateur du programme sésame quand il présentait l'initiative aux participants de la revue annuelle conjointe du PNDS. Le plan Sésame, une belle initiative du président de la République, Abdoulaye Wade visant à assurer une couverture sociale gratuite aux personnes âgées connaît de graves dysfonctionnements notamment dans la prise en charge de la population du monde rural, mais aussi à cause de sa lourdeur administrative, ainsi qu'à cause du manque de moyens financiers devant l'accompagner. Jusque là ce sont les personnes en âge avancé des centres urbains qui bénéficient le plus ce plan par rapport à leurs homologues de l'intérieur du pays. Pourtant, ce sont ces dernières qui ont les revenus les plus faibles et qui sont les plus

³³⁵ Samba Thiam, « Santé et discrimination : le cas du Sénégal », art. cit., p. 8.

³³⁶ A propos du Sésame, nous renvoyons au rapport du docteur Mamadou Coumé coordonnateur national du plan Sésame, disponible sur le site du réseau droit et santé du Sénégal : <http://www.refer.sn.rds>.

exposés aux maladies, d'où la nécessité de leur accorder plus d'attention. En effet, rien qu'à Dakar, plus de 3000 patients issus de la tranche d'âge concernée fréquentent les districts sanitaires et les hôpitaux. En revanche la population nécessiteuse des contrées lointaines bénéficie très peu de cette aide parce qu'elle ne peut pas accéder aux structures de soins adaptées à ses pathologies ou parce qu'elle n'est pas au courant de l'existence d'une telle initiative ou alors ne maîtrise pas la procédure qui est assez compliquée et lourde³³⁷.

272. Le plan Sésame est un plan certes avantageux, mais traîne une lourde ardoise de 576.313.672 FCFA en 2009, redevable aux différentes structures sanitaires du pays, ce qui rend difficile son effectivité. Les acteurs du plan donnent comme seule explication de ce déficit que le financement prévu est largement en deçà de la couverture sociale des personnes âgées d'au moins 60 ans. Le problème de subventions se pose toujours, c'est du moins ce qu'affirme le docteur Coumé, coordonnateur du plan. Selon lui, le plan sésame reste « devoir » et rien que les hôpitaux Dantec et Principal, le plan leur doit 400.000.000F CFA. D'autres hôpitaux comme ceux d'Ourossogui, Thiès, Tambacounda et la PNA sont également concernés par les factures impayées de cette solidarité initiées par le gouvernement du Sénégal depuis le 1^{er} septembre 2006. Ces dettes cumulées par le plan entraînent des conséquences énormes sur l'accès aux soins des personnes bénéficiaires. Il est donc de constat général que les patients qui arrivent à bénéficier de ce plan se heurtent au refus des structures de soins de les prendre en charge. Elles prennent en priorité les patients qui payent à la caisse pour se faire soigner. Ainsi, ces pauvres personnes, faute de solution, sont obligées de prendre leur mal en patience. Cette situation peut dans une moindre mesure être compréhensible car les hôpitaux, submergés par une forte demande des bénéficiaires, rencontrent d'énormes problèmes de moyens pour y faire face parce qu'ayant un client (l'Etat) réputé mauvais payeur. Les bénéficiaires de ce plan sont ainsi obligés de subir les conséquences de ce conflit de trésorerie entre l'Etat et les structures de santé.

³³⁷ J'ai recueilli, lors de mon séjour de recherche au Sénégal, les propos d'un proche qui a fait venir à Dakar son oncle qui souffre de cataracte, dans l'espoir de lui faire bénéficier de la prise en charge médicale dans le cadre du plan sésame. Mais, les services compétents en ce sens lui ont tellement compliqué la tâche qu'il a fini par y renoncer. L'oncle qui espère une opération pour mettre fin à sa souffrance et lui permettre de recouvrer une vue normale n'a jamais vu ce rêve devenir réalité. L'ami en question qui a eu de la peine de voir son vieil oncle souffrir me dit : « je veux bien prendre en charge ses frais de prise en charge sanitaire mais après renseignement j'ai appris que le coût total dépasse bien les 300 000FCFA alors que mon salaire « d'enseignant volontaire » tourne autour de 80 000FCFA. J'ai donc été obligé par manque d'option de l'amener chez les tradipraticiens sœurs de la Région de Fatick pour le soigner. Ce recours a certes amélioré sa situation mais ne l'a pas guéri ».

273. Le plan sésame constitue, un exemple patent du manque de pragmatisme dans les plans de solutions proposés par les gouvernants des pays en développement. Ce plan a été créé pour faciliter l'accès aux soins des personnes âgées, mais au vu des résultats, nous pourrions conclure que ce plan a créé plus de problèmes qu'il en a résolu, et ce, du fait simplement d'une mauvaise organisation, quoiqu'il soit une initiative salubre. Ce constat de fait permet de voir de façon générale que l'offre de soins dans les pays en développement se heurte à des difficultés évidentes remarquées d'ailleurs à tous les niveaux, c'est pour cette raison que d'importantes mesures ont été prises et dont la réalisation ne peut avoir lieu que grâce à une bonne organisation des établissements de santé.

274. En définitive, beaucoup de volets concernant l'accès aux soins de la population ont été pris en compte dans le cadre des lois sur la réforme hospitalière. Cependant, un pan entier a été délaissé, à savoir l'accès aux soins des personnes handicapées et des malades mentaux. En effet, on ne saurait parler d'accès aux soins sans mettre en avant ces aspects, dans un pays où les handicapés moteurs et les malades mentaux sont les plus confrontés aux problèmes d'accès aux soins alors que ce sont eux qui en ont le plus besoin.

Les handicapés moteurs, à cause de leur état, se retrouvent souvent dans une situation épouvantable. En Afrique, la situation d'handicap rime inexorablement avec pauvreté et vulnérabilité face aux maladies. Tout Etat devrait ainsi prendre en considération ce volet dans ses politiques de santé en assurant aux personnes handicapées une prise en charge sanitaire immédiate et gratuite. Malheureusement, en Afrique, cette couche de la population est obligée de mendier dans les rues des grandes agglomérations afin de subvenir à ses besoins. Celle-ci ne songe que trop rarement à se rendre dans les structures sanitaires car même s'il existe des possibilités de prise en charge en sa faveur, la procédure est tellement contraignante qu'elle préfère y renoncer.

Les malades mentaux sont eux aussi dans une situation très peu enviable au Sénégal. Ils errent dans les rues et personne ne s'occupe d'eux. Pourtant, le Sénégal est l'un des rares pays en Afrique de l'ouest à avoir une législation spéciale concernant la prise en charge des malades mentaux. Il s'agit de la loi 75-80 du 9 juillet 1975 relative aux traitements des

maladies mentales et aux régimes d'internement de certaines catégories d'aliénés³³⁸, dont la promulgation fut rapidement suivie de celles des décrets venant préciser les conditions de son application³³⁹. Par ailleurs, ces dispositions quoiqu'importantes n'ont pas résolu les problèmes d'accès aux soins des malades mentaux car les structures créées en ce sens ne disposent pas d'un cadre sanitaire adéquat pouvant prendre en charge leur pathologie. En effet, les autorités doivent prendre des mesures pour porter toute l'attention requise à la question des droits de ces malades particuliers, et ceci, en favorisant leur accès aux soins et en encourageant la population à renoncer à sa tradition d'une opinion négative sur les malades mentaux³⁴⁰.

³³⁸ Cette législation prend en partie pour modèle la loi française du 30 juin 1838, qui fut la première au monde en la matière et remplacée par la loi 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

³³⁹ Il s'agit respectivement du décret n° 75-1092 du 23 novembre 1975 créant un établissement spécialisé de type fermé situé à Thiaroye, destiné à l'internement des malades mentaux ayant fait l'objet d'une décision judiciaire, du décret 75-1093 du 23 octobre 1975 fixant l'organisation et le fonctionnement des « villages psychiatriques » et du décret 76-593 du 1^{er} juin 1976 fixant les conditions d'agrément et de contrôle des institutions prévues par la loi relative au traitement des maladies mentales.

³⁴⁰ Cf, René Collignon, « Handicapés et malades mentaux en Afrique de l'ouest : la question de leur statut et de leurs droits dans les dispositifs de soins », in Actes du Colloque international *droit et santé en Afrique*, Dakar 28 mars-1^{er} avril 2005, les Études hospitalières 2006, p. 99-108.

Section 2 : Une administration de santé renforcée en faveur d'accès aux soins³⁴¹.

275. Depuis l'avènement de leur nouveau statut d'établissements publics, l'organisation administrative et financière des hôpitaux a fondamentalement changé. Au plan administratif, la réforme de 1998 a apporté une grande nouveauté, elle a mis sur pied des organes qui, auparavant, n'existaient pas dans le système hospitalier du Sénégal. Ces organes sont essentiellement le Conseil d'Administration (CA), le Comité Technique d'Etablissement (CTE) et la Commission Médicale d'Etablissement (CME). La direction cependant existait, mais n'était qu'une simple courroie de transmission entre le ministère de la santé et les professionnels de Santé. Cet organe, avec la réforme, a donc connu un changement en profondeur. Sur le plan financier, les hôpitaux doivent désormais se doter de moyens permettant d'assurer leur bon fonctionnement. Pour cela, ils doivent compter sur les ressources générées par leurs activités, mais aussi les subventions de l'Etat et à l'appui de certains partenaires extérieurs au développement. Ainsi, conformément aux dispositions du décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière, les établissements publics hospitaliers doivent élaborer un budget chaque année. Le budget est défini comme *« l'acte qui, non seulement prévoit et autorise les recettes et les dépenses de l'établissement, mais aussi détermine la dotation nécessaire à ce dernier pour remplir les missions qui lui sont imparties »*³⁴². A cet effet, il s'agira de voir, d'une part, l'organisation administrative (paragraphe 1), et d'autre part, l'organisation financière du service public hospitalier (paragraphe 2).

³⁴¹ Sanoussy Cissé, « *Le service public hospitalier au Sénégal* », Mémoire de DEA, Université Cheikh Anta Diop de Dakar année 2004-2005, p. 9-37.

³⁴² Jacques Moreau, Didier Truchet, *Droit de la santé publique*, 6^{ème} édition, Dalloz 2004, p. 207.

Paragraphe 1 : L'organisation administrative.

276. La réforme hospitalière a apporté une grande nouveauté dans la gestion du service public hospitalier. L'organisation administrative est désormais assurée, d'une part, par les organes de décision constitués du Conseil d'Administration (CA) et de la Direction et, d'autre part, par les organes consultatifs constitués de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du Comité Technique d'Etablissement (CTE).

A : Les organes de décision.

277. Les organes de décision constituent les éléments fondamentaux dans la gestion du service public hospitalier. Ainsi, selon les dispositions de l'article premier du décret 98-701 du 26 août 1998³⁴³ relatif à l'organisation des établissements de santé hospitaliers, « *les établissements publics de santé hospitaliers sont administrés par un Conseil d'Administration et dirigés par un Directeur* ».

a) Le Conseil d'Administration.

278. Le Conseil d'Administration est un organe très hétérogène qui dans sa composition regroupe des entités différentes et dispose d'énormes prérogatives entrant dans ses attributions.

³⁴³ JORS n° 5819 du 12 septembre 1998.

1 : La composition.

279. Le Conseil d'Administration comprend des représentants de l'administration, des collectivités locales, des agents des professions médicales et pharmaceutiques exerçant dans les établissements de santé, des personnalités qualifiées et des organisations de prévoyance sociale. Les membres du CA des établissements publics de santé hospitaliers sont nommés par décret tandis que ceux créés par les collectivités locales sont nommés par délibération du Conseil Régional, du Conseil Municipal ou du Conseil Rural en fonction de la création de l'établissement par la Région, la Commune ou la Communauté Rurale³⁴⁴. Il faut signaler au passage, qu'aucun établissement public de santé hospitalier n'a été créé au Sénégal par une collectivité locale et seul l'établissement public hospitalier Abass Ndao a un caractère communautaire et est géré par la Municipalité de Dakar. Pour les établissements publics de santé hospitaliers de premier et de second niveau créés par l'Etat, les présidents des conseils régionaux sont de droit présidents des conseils d'administration alors que pour ceux du troisième niveau les présidents sont choisis parmi les personnalités qualifiées. La personne qualifiée est donc un homme ou une femme qui a manifesté un intérêt particulier pour les questions de santé et qui a une compétence dans ce domaine, par exemples du Président du CA de l'Hôpital Fann est un pharmacien et celui de l'Hôpital Général de Grand-Yoff est un médecin à la retraite.

280. L'un des aspects les plus importants dans la composition du CA est la participation des usagers. Il faut noter que même en France, la représentation institutionnelle des usagers dans le domaine de la santé, qui est l'expression de « droits collectifs » des patients et de leurs familles, a été relativement tardive³⁴⁵. Ainsi l'article 4 aliéna 4 du décret 98-702 du 26 août 1998 relatif à l'organisation administrative et financière des établissements publics de santé, prévoit que « *les représentants des usagers sont choisis parmi les membres des comités de santé, des associations de consommateurs ou de toute association concernée par le fonctionnement de l'établissement* ». Il faut noter à titre d'exemple que c'est le

³⁴⁴ Décret 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé, article 4.

³⁴⁵ Marc Dupont, Claudine Bergoignan-Esper et Christian Paire, *Droit hospitalier*, 4^{ème} édition Dalloz 2003, p. 288.

Président d'une association de consommateurs, en l'occurrence l'Association des Consommateurs du Sénégal (ASCOTEN) qui est le représentant des usagers au CA de HOGGY.

281. Concernant le mandat des administrateurs, il est de trois ans, renouvelable sans limitation. La réglementation exige la tenue de trois sessions ordinaires par an. En revanche les sessions extraordinaires sont tenues en cas de besoin. Toutefois, le mandat cesse de plein droit lorsque l'administrateur perd la qualité en raison de laquelle, il a été désigné ou lorsqu'il s'est abstenu de se rendre à trois séances consécutives du CA, sauf cas de force majeure (article 5 du décret 98-702 du 26 août 1998). Cependant, selon une enquête menée en 2004, sur un pourcentage de 100 membres du CA seuls 10% ont au moins participé à cinq réunions³⁴⁶ et aucun administrateur n'a fait l'objet de sanction conformément aux dispositions de l'article 5 du décret 98-702 du 26 août 1998. Il faut enfin noter que les fonctions d'administrateur ne font l'objet d'aucune rémunération, mais peuvent donner lieu à un remboursement des frais de session. Ce remboursement appelé « jeton de présence » dont le montant varie en fonction des établissements est souvent une source de motivation pour les administrateurs à venir assister aux séances du CA. Même si, par ailleurs, aucun conseil d'administration n'a encore été dissout, la loi prévoit, tout de même, qu'en cas d'irrégularité il peut être suspendu ou dissout³⁴⁷.

2 : Les attributions du Conseil d'Administration.

282. L'article 5 de la loi 98-12 du 2 mars 1998 dispose que *le CA est « l'organe qui définit la politique de l'établissement et délibère sur les mesures concernant sa gestion »*. A ce titre, le Conseil d'Administration arrête le budget de fonctionnement et d'investissement des hôpitaux. Il délibère sur le budget et les comptes prévisionnels, les comptes de fin d'exercice, l'affectation des résultats d'exploitation et la création de poste budgétaire d'agents

³⁴⁶ Direction des établissements publics de santé, *Réforme hospitalière six ans après*, op. cit., p. 36.

³⁴⁷ Article 6 de la loi 98-12 du 2 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.

contractuels de l'établissement. Il délibère aussi sur les orientations stratégiques et les projets d'établissements des programmes pluriannuels d'action et d'investissement, les conventions de coopération et d'accord entre établissements. Il délibère sur le tarif des prestations ainsi que le prix des sessions des biens et services produits par les établissements dans le cadre de ses missions d'EPS, les primes d'intéressement du personnel, l'organigramme des emplois de direction, le tableau des emplois du personnel médical; le tableau des emplois permanents relevant de la fonction publique autre que ce que l'on vient de citer. Il délibère sur les emprunts, les acquisitions et aliénations du patrimoine et sur l'acceptation ou le refus des dons et legs. Le CA délibère enfin sur le règlement intérieur. Ainsi, sur la question de l'autorité compétente en matière de police administrative au sein des hôpitaux publics, le CE Section Sociale française dans son avis du 28 avril 1977³⁴⁸ affirme qu'il appartient au conseil d'administration par la voie du règlement intérieur de régler la circulation et le stationnement notamment des voies de desserte établies à l'intérieur des enceintes des hôpitaux, de leurs dépendances et accessoires. Il faut remarquer que ce principe ne prévaut plus parce que cette compétence jusqu'alors dévolue au conseil d'administration lui a été substituée par la loi HPST à la faveur du directeur qui est désormais président du directoire³⁴⁹, ce qui lui accorde une importante prérogative. Le directeur qui a pour mission de conduire la politique générale de l'établissement, de le représenter dans tous les actes de vie civile et d'agir en justice au nom de l'établissement (article L.6143-7 du Code de santé publique français) assure désormais la police administrative au sein de l'établissement et prend à cet effet les mesures d'organisation interne appropriées, qui bien entendu ne doivent pas contredire les lois et règlements en qualité de « chef de service » au sens de la jurisprudence Jamart³⁵⁰.

283. En effet, la délibération du CA porte sur toutes les questions relatives au bon fonctionnement du service public hospitalier. Mais il faut noter que sa délibération en matière d'orientation stratégique et de projet d'établissement, de programme pluriannuel d'action et

³⁴⁸ CE section sociale, avis du 28 avril 1977 sur l'autorité compétente en matière de police administrative au sein des hôpitaux publics, AJDA novembre 1978, page 586.

³⁴⁹ Le directoire institué par la loi HPST a remplacé le « Conseil exécutif » que l'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 avait institué au sein de tous les établissements publics de santé à l'exception des hôpitaux locaux présidé par le directeur (ancien article L.6143-6-1 du Code français de santé publique) dont le but est d'associer les praticiens à la gestion et à la mise en œuvre des orientations fondamentales des établissements.

³⁵⁰ CE 7 février 1936 Jamart, GAJA, n° 55.

d'investissement, de budget et de compte prévisionnel, de tarif de prestation, d'emprunt et enfin des conventions de coopérations et accords entre établissements ne deviennent exécutoires qu'après leur approbation par les autorités de tutelle, à savoir le Ministre chargé de la Santé et le Ministre chargé de l'Economie et des Finances. Par ailleurs, on peut fort douter du contrôle à posteriori dont bénéficient les EPS quand on sait que ce sont les éléments sur lesquels le CA ne peut délibérer qu'après approbation des autorités de tutelle qui constituent la substance même de la gestion hospitalière.

284. Pour l'exercice de la fonction d'administrateur un certain nombre de restrictions ont été prévues. L'article L. 6143-6 ancien du Code français de santé publique prévoit que ces restrictions s'appliquent à tout membre ou personne ayant perdu ses droits civiques ou ayant un intérêt direct dans la gestion de l'établissement, à tout fournisseur de biens ou de services titulaire d'un contrat, ou encore à tout agent salarié de l'établissement hormis les membres du personnel faisant partie des catégories composant le conseil³⁵¹. Dans ce cas les membres concernés sont déclarés démissionnaires d'office et un remplacement dans le délai d'un mois est prévu. Une telle restriction est également valable au Sénégal. Il faut en outre noter que bien que le CA soit l'organe qui définit la politique de l'établissement et délibère sur toutes les mesures concernant la gestion, la direction reste tout de même l'élément le plus important du dispositif du service public hospitalier et est dirigée par un directeur, aidé dans l'exercice de ses fonctions par des services qui sont directement rattachés à la direction.

b) La direction.

285. La direction constitue l'élément essentiel du dispositif de la nouvelle organisation administrative et financière des établissements publics de santé. Elle est dirigée par un directeur aidé dans ses tâches par un certain nombre de services.

³⁵¹ Marc Dupont, Claudine Bergoignan Esper et Christian Paire, op. cit., p. 270-271.

1 : Le directeur.

286. Le décret n° 74-1082 du 4 novembre 1974 réglementant les formations hospitalières, dispose en son article 7 que « le directeur est nommé par décret sur proposition du Ministre de la Santé Publique parmi les fonctionnaires de la hiérarchie A ». Cette disposition sera reprise par l'article 7 de la loi n° 98-12 du 02 mars 1998 qui, non seulement précisera son mode de nomination³⁵², mais aussi la durée de son mandat qui est de quatre ans. Elle précise également qu'en cas de faute grave ou de mauvaise gestion, le directeur peut être révoqué à tout moment sans préjudice des poursuites pénales ou disciplinaires qu'il peut encourir par ailleurs.

En France contrairement au Sénégal la nomination du directeur d'hôpital se fait au cas par cas. Ainsi, conformément à l'article 10 de la loi HPST (article L6143-7-2 du code de santé publique), « le directeur est nommé :

1° Pour les centres hospitaliers universitaires, par décret pris sur le rapport du Ministre chargé de la santé et du Ministre chargé de l'université et de la recherche ;

2° Pour les centres hospitaliers régionaux, par décret pris sur le rapport du Ministre chargé de la santé ;

3° Pour les centres hospitaliers communaux, intercommunaux et départementaux, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion, sur une liste comportant au moins trois noms de candidats proposés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du président du conseil de surveillance ».

287. Il faut souligner que la réforme de 1998 a complètement élargi les attributions du directeur. Ce dernier remplit désormais deux rôles bien établis : celui d'agent d'exécution des délibérations du conseil d'administration et celui de directeur des services. On a pu observer que l'organe délibérant a une compétence d'attribution, alors que le directeur d'hôpital, qui demeure l'agent d'exécution des délibérations du CA, dispose par ailleurs d'une compétence générale pour régler les affaires de l'établissement. Conformément au décret n°

³⁵² Le Conseil d'Etat sénégalais a jugé le 14 juin 2007 qu'un Maire n'est pas compétent pour nommer un directeur d'établissement public de santé : Affaire Thierno Seydou Ndiaye c/ Ville de Dakar. En effet, aux termes de l'article 7 de la loi n° 98-12, « les directeurs des établissements publics de santé sont des agents de la hiérarchie A. Ils sont nommés par décret, après avis du Conseil d'Administration ».

98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé, « *le directeur d'hôpital devient le représentant légal de l'établissement dans tous les actes de la vie civile et défend l'intérêt de l'établissement en justice* ». Avec le statut d'établissement public de santé, les fonctions d'ordonnateur et de comptable sont bien distinctes. En effet, le directeur n'est que l'ordonnateur des dépenses et des recettes et c'est l'agent comptable particulier de l'hôpital qui assure le recouvrement des recettes et la réglementation des dépenses.

288. Il faut aussi souligner que le directeur dispose désormais d'un certain nombre d'initiatives qu'il n'avait pas auparavant. Ainsi, secondé par le Président du Comité Médical d'Etablissement, les cadres de direction, le corps médical, les membres des instances consultatives, le directeur peut désormais prendre des décisions qui s'inscrivent dans le projet d'établissement pour une période de cinq ans et qui se déclinent dans le budget annuel. Le directeur a aussi le pouvoir de décider des travaux, de passer des marchés, d'acheter des équipements et de rendre le cadre de vie plus convivial³⁵³. Cependant, le directeur doit exercer ses pouvoirs dans les conditions légales et réglementaires, sinon il peut voir sa responsabilité engagée. A cet effet on peut citer la décision de la Cour de discipline budgétaire et financière (en France) du 12 décembre 1991 qui a sanctionné financièrement le directeur du CHS de Rouvray pour avoir passé illégalement des commandes à des entreprises prête-noms. Il peut également voir sa responsabilité engagée pour délit de concussion. Dans le domaine de la gestion des ressources humaines le directeur peut initier en interne des formations continues, recruter le personnel qualifié ou spécialisé, recruter le personnel contractuel relevant du Code du travail et peut mettre en place une politique de motivation des agents spécifiques à l'établissement par l'octroi de primes d'intéressements et de gratifications.

Ce qui est, par ailleurs surprenant, c'est qu'en aucun moment, la législation sénégalaise n'a fait mention du pouvoir de révocation du directeur à l'égard d'un de ses agents. La question que l'on peut se poser est donc de savoir quelle attitude le directeur peut-il prendre à l'égard d'un agent défaillant ? Le CE français a apporté une réponse à cette problématique dans sa décision du 4 janvier 1995 en rappelant que le directeur peut en cas d'urgence exclure un agent défaillant. En l'espèce, le directeur du centre hospitalier général de Bagnols-sur-

³⁵³ Direction des établissements publics de santé, *Réforme hospitalière six ans après*, op. cit., p.74.

Cèze a exclu un chirurgien du service de gardes et d'astreintes au motif que son comportement au cours d'actes de chirurgie a conduit à de graves incidents mettant en cause la sécurité des patients. Selon le juge, le directeur en tant que responsable de la conduite générale de l'établissement, a le pouvoir de révoquer un agent défaillant. Cependant, ce pouvoir accordé au directeur connaît des limites que le juge a rappelées en espèce à savoir qu'il ne peut exclure un praticien défaillant que seulement s'il y a urgence et sous le contrôle du juge³⁵⁴.

289. Il convient également de mentionner que les directeurs rencontrent d'énormes difficultés pour mener à bien leurs fonctions. Et sur ce point, Hubert Balique écrivait dans son rapport, « *que la plupart des directeurs estiment avoir des responsabilités limitées au sein de l'établissement qu'ils dirigent parce que le personnel leur est envoyé et retiré sans qu'ils aient à donner leur avis ; ils ne sont en mesure ni de faire appliquer les moindres sanctions, ni d'accorder les moindres encouragements et en plus l'utilisation du peu de crédits qui leur est accordé, est déterminée à l'avance* ». Dans le même rapport, il indiquait que « *les responsabilités des directeurs d'hôpitaux sont fortement limitées et que bien que parfaitement conscients des problèmes qui se posent à l'établissement dont ils ont la charge, ils ne disposent pas de moyens institutionnels pour les corriger* »³⁵⁵. En France contrairement au Sénégal, le rôle du directeur s'est progressivement affirmé à l'hôpital et la loi HPST en a fait sa promotion en lui accordant des pouvoirs plus étendus (les articles L. 6141-1, L. 6143-7 et L.6143-7-5 du Code français de santé publique). A cet effet, président du directoire, le directeur devient désormais le vrai patron de l'établissement hospitalier au grand dam du CA.

290. En outre, le directeur, qui a à sa charge la gestion générale de l'établissement, l'exécution des décisions du conseil d'administration et les décisions prises par les autorités de tutelle, est assisté par certains services avec qui il collabore.

³⁵⁴ CE n° 128490, Ministre délégué à la santé ; Ref. 1123, Gaz. pal 1995.2, panor. adm., p. 132.

³⁵⁵ Direction des établissements publics de santé, *Réforme Hospitalière six ans après*, op. cit. p. 72.

2 : Les services d'assistance du directeur.

291. Il s'agit d'un ensemble de services affiliés à la direction et qui assistent le directeur dans l'exécution de ses tâches:

- Le Service Administratif et Financier. Il a pour rôle de diligenter les opérations courantes, d'établir les rapports mensuels d'activités (situation des produits) des services, de comprendre la gestion administrative du malade (accueil, circuit du malade, facturation...) et de savoir les processus d'approvisionnement. L'institution du Service Administratif et Financier avec à sa tête un chef de service qui seconde le directeur dans ses fonctions, a permis l'introduction dans les hôpitaux de mécanismes de gestion équivalents à ceux utilisés dans les autres établissements publics.

- Le Service de Contrôle de Gestion. Il a pour mission essentielle de savoir élaborer, exécuter et contrôler le budget. Il suit également l'évolution de la trésorerie et de la masse salariale.

- Le Service de l'Agence Comptable Particulier. Il est dirigé par un agent comptable particulier qui est le correspondant du Trésor au sein de l'établissement et nommé par arrêté du Ministre chargé de l'économie et des finances³⁵⁶. Il joue un rôle très important à l'hôpital car c'est lui qui assure le règlement des dépenses, le renouvellement des recettes, ainsi que des états financiers de chaque EPS. Il faut rappeler que l'institution de ces organes de contrôle, à savoir le service de contrôle de gestion et le service d'agence comptable particulier permet une souplesse dans l'exécution des décisions et une grande transparence dans la gestion des ressources.

- Le Service d'Audit Interne. Il veille à l'application et à la mise à jour des procédures (administratives, financières et comptables) internes de l'hôpital et assiste les membres de la direction dans l'exercice efficace de leur responsabilité.

³⁵⁶ Article 13 de la loi n° 98-12 du 2 mars 1998 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.

- Le Service de Gestion des Ressources Humaines. Il a pour but de comprendre la gestion administrative du personnel (recrutement, affectation, motivation...), d'évaluer les besoins en ressources humaines, de planifier les congés du personnel, de préparer les grilles salariales des agents et d'établir un dossier du personnel.

- Le Service Social. Il se charge d'améliorer les conditions de séjour du malade, d'assurer une meilleure prise en charge des cas sociaux et de contribuer à la motivation et à la promotion sociale du personnel.

- Le Service de Soins Infirmiers. Il se charge de l'amélioration générale de la qualité des soins et de l'accueil des clients. Il établit aussi une démarche scientifique des soins infirmiers, assure la formation continue du personnel de soins et met en place un système d'évaluation des soins.

- Le Service d'Hygiène et de Sécurité. Il veille souvent à l'hygiène et à la sécurité de l'hôpital.

- Le Service de la pharmacie. Il cherche à comprendre comment la pharmacie est gérée, veille sur les commandes et à l'approvisionnement des services. Il contrôle également le stock de médicaments et de matériels médicaux en place.

- Le service de la maintenance. Il veille à assurer une bonne maintenance préventive et corrective des installations et des équipements de l'hôpital.

292. Il faut, en outre, souligner que ces services, parmi tant d'autres, permettent au directeur d'assurer la bonne gestion de l'hôpital. A ceux-ci, s'ajoutent d'autres organes non affiliés à la direction mais jouant également un rôle incontournable en qualité d'organes de conseils, tous dans l'optique de faire de l'offre de soins hospitaliers une offre de qualité.

B : Les organes consultatifs.

293. Les organes de consultation constituent une création nouvelle dans le système sanitaire sénégalais. Ces organes existaient déjà en France depuis 1987 pour la Commission Médicale d'Etablissement³⁵⁷ et depuis 1991 pour le Comité Technique d'Etablissement avec la loi du 31 juillet 1991 succédant le comité technique paritaire. Ces derniers, même s'ils ne disposent d'aucun pouvoir de décision, se distinguent tout de même par leur influence sur les instances de décisions des établissements publics de santé. Ces organes sont essentiellement constitués de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du Comité Technique d'Etablissement (CTE).

a) La Commission Médicale d'Etablissement (CME).

294. La Commission Médicale d'Etablissement est instituée dans chaque établissement public de santé. Ainsi son organisation et ses attributions sont définies par décret.

1 : L'organisation de la Commission Médicale d'Etablissement.

295. Il faut noter que la Commission Médicale d'Etablissement (CME) est l'instance essentielle de la gestion interne de l'établissement surtout sur le plan de la gestion médicale. Structure purement médicale, la CME se compose de l'ensemble des chefs de services médicaux, pharmaceutiques et odontologistes et de trois représentants des corps de médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes élus par leurs pairs. Le président, élu parmi les chefs de service par les membres de la commission en application de l'article 3 du décret n° 98-701 du 26 août 1998 sur l'organisation administrative et financière des établissements

³⁵⁷ Loi 87-575 du 24 juillet 1987 se substituant à l'ancienne Commission Médicale Consultative créée en 1941.

publics de santé, est l'interlocuteur direct, voire le partenaire, du directeur pour toutes les affaires médicales de l'établissement.

296. Il faut donc relever que la législation sénégalaise reste très peu précise quant à la composition et surtout au fonctionnement de la CME. On remarque à cet effet que la législation française apporte plus de détails. Ainsi le décret 92-443 du 15 mai 1992 dispose que « *la composition de la CME varie en fonction de la nature de l'établissement* ». Il prévoit également que « *la CME doit se réunir au moins quatre fois par an. Cette réunion peut se faire soit en formation plénière, soit en formation restreinte lorsqu'elle examine des questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière du personnel médical ou lorsqu'elle donne son avis sur la nomination ou le départ d'un chef de service* ». Le Code français de santé publique autorise, un représentant de la commission de service de soins infirmiers, un représentant du comité technique d'établissement, un médecin inspecteur régional, un médecin inspecteur de la santé et un médecin conseil de caisse de sécurité sociale « pivot » à siéger avec voix consultative aux réunions de la CME, sauf lorsque celle-ci se réunit en formation restreinte pour évoquer les questions individuelles de carrière. Celui-ci constitue un bon exemple qui peut fortement inspirer le système hospitalier sénégalais. Enfin, hormis sa composition et son fonctionnement, la CME, qui assure la représentation du « pouvoir médical », dispose de larges attributions au sein de l'établissement.

2 : Les attributions de la Commission Médicale d'Etablissement.

297. Les attributions de la Commission Médicale d'Etablissement sont nombreuses. C'est du moins ce que nous révèle l'article 2 du décret 98-701 du 26 août 1998 relatif à l'organisation des établissements de santé hospitaliers en disposant que « *la CME a pour attribution dans un premier temps de préparer avec le directeur de l'établissement le projet médical d'établissement, l'organisation médicale et médico-technique, les orientations et mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité de soins et de la sécurité, les plans de formation continue du personnel médicale, odontologistes et pharmaceutiques et leur mise en œuvre...* ».

Il relève dans un second temps des attributions de la CME d'émettre un avis sur le budget, les tarifs des prestations, les comptes, les programmes relatifs aux équipements, les créations, suppressions ou transformations des installations et tous les aspects techniques et financiers des activités médicales odontologistes et pharmaceutiques, le règlement intérieur, le tableau des emplois du personnel médical, le tableau des emplois permanents et contractuels, les plans de formations intéressants notamment les personnels paramédicaux, les modalités d'une politique d'intéressement, les conventions concernant les activités médicales et universitaires, la nomination des chefs de service...

298. En effet, l'un des rôles fondamentaux de la CME est de donner son point de vue sur toutes les questions relatives aux soins, mais aussi d'assurer la promotion de l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'établissement. Donc son avis est requis sur toutes les questions relatives à la pratique médicale. L'institution de la CME va ainsi dans le sens d'une meilleure adhésion du corps médical aux décisions prises par le conseil d'administration et le directeur. Elle risque, par ailleurs, de compliquer sérieusement le fonctionnement des établissements dans le sens où ce corps ne bénéficie d'aucun pouvoir fort à l'image du conseil d'administration duquel découleraient tous les autres pouvoirs.

Certes, la CME est une instance consultative extrêmement importante au sein de l'établissement mais elle n'est pas la seule car, même si avec la CME, ils interviennent dans des domaines différents, le Comité Technique d'Etablissement (CTE) joue lui aussi un rôle consultatif non négligeable.

b) Le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

299. Le Comité Technique d'Etablissement est un organe de consultation qui vise à associer toutes les catégories du personnel hospitalier à la gestion de l'établissement. Ainsi son organisation et ses attributions sont déterminées par décret.

1 : L'organisation du Comité Technique d'Etablissement.

300. Le décret 98-701 du 26 août 1998 relatif à l'organisation des établissements de santé hospitaliers dispose en son article 5 que « *le Comité Technique d'Etablissement est composé d'un représentant de chaque catégorie du personnel désigné par ses pairs. Il est présidé par le Directeur et se réunit au moins deux fois par an* ». En effet, le décret 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements de santé n'a pas donné assez d'information sur le fonctionnement du CTE. Mais la loi de 1991 portant réforme hospitalière en France peut être invoquée ici pour compléter ce décret, même s'il est vrai qu'on remarque une certaine différence. Le législateur français a remplacé le Comité Technique Paritaire (CTP) par le Comité Technique d'Etablissement (CTE) en 1991 pour permettre une participation effective du personnel surtout non médical à la gestion de l'hôpital. Le comité technique paritaire était composé à part égale des représentants de l'administration et des personnels alors que le comité technique d'établissement est quant à lui composé entièrement des représentants du personnel non médical. Cet organe existe donc dans chaque établissement public de santé. Il est composé de représentants du personnel non médical relevant du statut de la fonction publique hospitalière. Ils sont élus par leurs collègues selon leur appartenance aux catégories A (emploi de direction), B (emploi d'encadrement), C et D (personnel d'exécution). L'article L. 714-17 du Code français de santé publique de 1991 prévoit que le seul membre extérieur du personnel non médical et qui peut faire part au CTE est le président du conseil d'administration qui assure donc la présidence de cette structure. Le président du conseil d'administration peut, s'il le veut, déléguer sa fonction au directeur.

301. A la différence de la France où le CTE n'est constitué que du personnel non médical et dont la présidence est assurée par le président du conseil d'administration, au Sénégal, ce comité regroupe toutes les catégories de personnel qui interviennent dans la gestion du service public hospitalier et seul le directeur de l'hôpital est habilité à assurer la présidence. Il faut également noter qu'au Sénégal le décret n° 98-701 n'a fait nullement état de la durée du mandat des membres du comité technique d'établissement contrairement à la France où le décret n° 96-498 du 6 juin 1996 relatif aux Comités Techniques d'Etablissement des établissements publics de santé et modifiant le Code de la santé publique, arrête cette durée à trois ans renouvelable.

2 : Les attributions du Comité Technique d'Etablissement.

302. Le Comité Technique d'Etablissement est une instance qui a pour rôle de faire participer le personnel technique des hôpitaux à la résolution des problèmes concernant l'hygiène, la sécurité, le plan de formation etc. A ce titre, il est obligatoirement consulté sur toutes les questions concernant l'hygiène et la sécurité dans l'établissement. Il convient de noter que le CTE se trouve aujourd'hui déchargé de cette tâche au profit du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui est déjà institué par certains hôpitaux et qui regroupe seulement les représentants du personnel y compris les médecins du travail sous le contrôle de l'inspection du travail.

Le Comité Technique d'Etablissement est également consulté sur le projet d'établissement, les programmes relatifs aux travaux et ceux des équipements, les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation, des méthodes et techniques du travail et leurs incidences sur la situation du personnel, la politique générale de formation du personnel et notamment le plan de formation, les modalités d'une politique d'intéressement, la lutte contre les infections³⁵⁸ et autres pathologies liées aux soins³⁵⁹. En France, le législateur a élargi les compétences du CTE à émettre son avis sur les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels lorsqu'elles ne sont pas fixées par des dispositions législatives ou réglementaires. Il peut émettre aussi son avis sur les critères de répartition de certaines primes et indemnités, notamment la prime de service. Il peut également donner un avis sur le budget, le rapport d'orientation, les comptes, le tableau des emplois, mais aussi sur les créations, suppressions et transformations des structures médicales et des services.

³⁵⁸ Certaines infections telles que les infections nosocomiales posent de véritables problèmes de santé publique en Afrique. L'état des établissements de santé est tel que les risques de contracter une maladie liée à l'infection nosocomiale est très élevée, pour cause la promiscuité, l'insalubrité, la surpopulation des établissements de santé et surtout l'absence de mesures appropriées pour éviter de telles pathologies. Ainsi, en Afrique subsaharienne, « on entre à l'hôpital avec une maladie, voire pas du tout, mais on en ressort souvent avec.

³⁵⁹ En ce qui concerne ce volet, il est déjà institué dans beaucoup d'hôpitaux des organes spécifiques qui le prennent en charge, en l'occurrence les comités de lutte contre les infections nosocomiales permettant surtout de sécuriser les patients.

303. En définitive, le Comité Technique d'Etablissement tout comme la Commission Médicale d'Etablissement joue un rôle important dans la gestion du service public hospitalier. Ils émettent des avis sur toutes les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement. En effet, entre le CTE et la CME, une passerelle est tendue puisque la loi en France (valable au Sénégal) prévoit qu'un représentant de chacun de ces organes soit présent dans chacune des réunions de l'autre.

304. Il est indéniable que ces organes, tout comme les organes de décisions, sont importants et indispensables au fonctionnement du service public hospitalier, mais c'est l'apport financier qui permet au service public de faire face à la demande de soins de santé. C'est pourquoi la loi sur la réforme hospitalière, en accordant une autonomie administrative aux EPS, leur a aussi accordé une autonomie financière leur permettant de fonctionner comme de vraies entreprises à caractère industriel et commercial.



Paragraphe 2 : L'organisation financière.

305. Désormais, les établissements publics hospitaliers doivent élaborer un budget chaque année, conformément aux dispositions du décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière. Ainsi, pour assurer leur bon fonctionnement, les hôpitaux doivent se doter des moyens. Pour cela, ils doivent compter sur les ressources générées par leurs activités. Mais, ces ressources sont en général insuffisantes pour faire face aux nombreuses charges nées de leur nouveau statut. C'est pourquoi, ils font souvent recours aux subventions de l'Etat, les collectivités locales et à l'appui des partenaires extérieurs.

A : Les ressources des établissements publics hospitaliers.

306. Longtemps constituées essentiellement par les revenus de la dotation, les ressources hospitalières ont connu une évolution constituant ainsi l'une des plus importantes caractéristiques de la transformation du régime hospitalier. Ces ressources hospitalières sont aujourd'hui, en dehors des subventions et de la dotation, principalement constituées par leurs prestations de service. Ainsi, nous suivons la démarche de l'article 11 de la loi 98-12 du 2 mars 1998 qui dispose que *« les établissements publics de santé collectent et disposent de l'ensemble des ressources générées par leurs activités ainsi que celles qui leur sont affectées »*.

a) Les ressources générées par l'activité du service public hospitalier.

307. Les établissements publics hospitaliers, dont la mission principale est l'exécution du service public, sont tenus au respect de certaines procédures pour assurer une

meilleure acquisition de ressources mais aussi d'identifier leurs différents clients desquels dépendent les modes de paiement des soins hospitaliers.

1 : Le système de tarification et de recouvrement des ressources hospitalières.

308. Les établissements publics de santé hospitaliers fournissent un certain nombre de services générateurs de vraies ressources. Il s'agit essentiellement de la chirurgie générale, du gynéco-obstétrique, de la maternité, de la médecine interne, de la néonatalogie, de l'ophtalmologie, de l'ORL, de la pédiatrie, de la psychiatrie, des soins intensifs, des urgences... Ces prestations sont donc assurées par les services médicaux et techniques qui constituent de véritables produits de vente³⁶⁰. Les chefs de ces services déterminent en général les quotités possibles liées à chaque prestation³⁶¹ et devraient en principe connaître les tarifs de chacune des prestations. Il faut donc noter que « *la tarification des soins hospitaliers est modulable par délibération du conseil d'administration de l'établissement pour prendre en compte les spécificités régionales dans la limite d'une fourchette fixée par arrêté conjoint des ministères chargés des finances, de la santé et du commerce* » (article 26 de la loi 98-08 portant réforme hospitalière). Il faut également souligner que les prestations de soins fournis aux clients donnent systématiquement lieu à l'établissement de facture et qu'il ne peut y avoir de prestation sans facture ou de facture sans prestation correspondante. Les factures sont affectées d'un numéro séquentiel et soumises à des contrôles rigoureux avant d'être envoyées aux clients dans les délais raisonnables. Elles sont aussi transmises au service comptable pour leur enregistrement et au service chargé de recouvrement pour la mise à jour du compte du client.

³⁶⁰ Pourtant, l'article 10 du décret n° 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de déontologie médicale au Sénégal dispose clairement que « la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce ». Mieux, la loi 98-12 du 2 mars 1992 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé dispose dans son exposé des motifs plus précisément au paragraphe 4 qu'on ne peut pas évaluer les prestations de formation sanitaires avec les critères qui s'appliquent généralement aux entreprises du secteur marchand.

³⁶¹ Il s'agit en général du nombre de consultation, de journées d'hospitalisation, d'analyses, d'exams, de radios et d'interventions chirurgicales.

309. Il faut signaler, que les clients du service public hospitalier sont nombreux et différents les uns des autres et c'est ce qui explique la différence quant au mode de paiement. Cependant, *« en dehors de tout cas d'urgence, aucun patient ne peut accéder aux établissements hospitaliers et y recevoir des soins sans l'accomplissement préalable des formalités administratives »* (article 27 lois 98-02 du 02 Mars 1998). A cet effet, toute demande d'agrément de nouveaux clients n'est acceptée qu'après enquête menée par la division de recouvrement sur la solvabilité des clients et sous réserve de présenter par ce dernier une lettre de garantie en deux exemplaires. En effet, les malades reçus par les établissements hospitaliers sont tous pris en charge d'une manière ou d'une autre. Cependant, le recouvrement des sommes résultant des prestations hospitalières pose problème surtout en ce qui concerne la catégorie moyenne de la population. Tel fut le cas Djim Ndiaye contre l'hôpital Le Dantec décrit par le journaliste Daouda Mine. *« Cet homme de 41 ans, habitant la Médina, marié et père d'un enfant d'un an, peintre de profession, a failli perdre la vie du fait d'un estomac perforé par un méchant ulcère. Il sera admis à l'hôpital Aristide Le Dantec où il sera soigné. Au bout d'une semaine, Djim est libéré par l'hôpital, à charge pour lui de venir à des rendez-vous de suivi. Avant de quitter, on lui présente une facture de 181 000 (30 000 pour l'hospitalisation, 51 000 pour la fourniture de médicaments et de produits sanguins, et 100 000 pour les actes et examens réalisés). Comme sa femme n'avait versé que 45 000 francs, il reste devoir 136 000 FCFA. N'étant pas en mesure d'honorer son engagement, son sauveur, l'hôpital Aristide Le Dantec, le poursuit en lui envoyant un commissaire priseur, menaçant de le traduire en justice. Le commissaire venu jusque chez Djim s'est rendu compte que le bonhomme ne refuse pas de payer, il n'a pas les moyens de le faire. Et même si l'hôpital voulait saisir ses biens, il ne pourrait pas, car Djim n'en a pas. Malgré tout, l'hôpital continue à lui réclamer son argent, retenant ainsi la carte nationale d'identité de son ami Abdoulaye Ndao (son garant) qui ne voulait qu'aider un concitoyen en détresse.*

N'ayant pas la somme demandée et compte tenu de la pression de son créancier, Djim se rend à la préfecture de Dakar où on lui remet un certificat d'indigence qu'il apporte au service de la facturation de l'hôpital A. Le Dantec. On lui répond que l'hôpital ne reçoit pas ce type de document. Il se rend ensuite à la Direction de l'action sociale pour solliciter l'aide de l'Etat. Réponse : « les prises en charge sont terminées pour cette année (2009 : Ndlr). Attendez l'année prochaine ». Le 31 août 2010, encore acculé par l'hôpital, il se rend à nouveau à la Direction de l'action sociale pour déposer un autre dossier. On lui a servi la

*même réponse qu'il y a un an »*³⁶². Cette histoire montre en plus de la difficulté de recouvrement que constitue le paiement direct, les difficultés auxquelles sont confrontés les citoyens qui ne disposent ni de moyens ni d'assurance maladie pour faire face aux dépenses de santé.

2 : Les modes de paiement des soins hospitaliers.

310. Les usagers du service public hospitalier doivent payer afin de bénéficier des prestations offertes par ce service. Le paiement peut s'effectuer directement comme il peut se faire par l'intermédiaire des organismes de protection conformément au type de prise en charge.

- Le paiement direct.

311. Dans ce cas, les dépenses de soins sont supportées directement par le patient lui même ou par un de ses proches. C'est ce système qui est le plus fréquemment observé dans l'acquisition directe des ressources hospitalières. C'est à travers les prix de journée que ces clients connus sous le nom de PAF (Particuliers à leurs frais) alimentent les ressources des hôpitaux. Lorsqu'ils sont hospitalisés, les PAF contribuent aux prestations hôtelières et autres prestations durant leur séjour connu sous le nom de forfait journalier. C'est ainsi qu'avant toute admission, un malade hospitalisé à ses frais doit effectuer le versement (sauf en cas d'urgence) à la caisse moyennant un reçu d'une provision correspondante à dix jours de traitement dans la catégorie d'hospitalisation choisie. Une nouvelle provision est exigible à l'issue de chaque période de dix jours de séjour lorsque la provision versée ne couvre plus les frais de traitement correspondants. Cependant, il lui sera restitué lorsqu'il n'a pas épuisé ses dix jours le montant proportionnellement au nombre de jours restants.

³⁶² Le journal « l'Observateur » du samedi 2 octobre 2010, article consulté sur <http://www.seneweb.com/> le 3 octobre 2010.

312. En effet, il faut noter que la participation directe des usagers dans l'acquisition des ressources des EPS est loin d'être négligeable. A titre d'exemple, les recettes relatives à la participation de la population au bénéfice des hôpitaux en 2004 s'élèvent à 7.582.354.021FCFA à l'exception de l'hôpital de Kaolack et de Fatick³⁶³. Cependant, ce système de paiement augmente la proportion de la population ne pouvant pas bénéficier de l'accès aux soins modernes. Les plus touchés sont les habitants du monde rural qui se retrouvent bien souvent impuissants pour trouver les ressources financières nécessaires au paiement des soins. Une telle situation engendre deux types d'exclusion financière des services de santé, *l'exclusion temporaire*, due essentiellement à un manque de ressources à un moment donné de l'année³⁶⁴ et *l'exclusion permanente*, pour les indigents structurels, entraînant une impossibilité totale de bénéficier des soins modernes, malgré que des dispositions aient été prises en ce sens (elles se sont avérées inefficaces).

- Le paiement indirect.

313. Dans ce cas, les dépenses de soins sont supportées par les patients à travers leurs organismes de protection³⁶⁵. Les clients concernés par ces types de prise en charge sont les personnes bénéficiaires des lois sur les accidents de travail à la charge des assurances ou des caisses de compensation, les fonctionnaires et agents des services, offices et établissements publics ou employés des entreprises privées à la charge des employeurs, les accidentés de la circulation et les hospitalisés d'urgence à la demande d'un médecin. A cet effet, la direction de l'hôpital se charge de déterminer au plus vite quel est l'organisme qui prend en charge le patient. Ainsi les accidentés de travail et les victimes de maladies professionnelles pris en charge par la sécurité sociale du Sénégal sont soumis à une réglementation particulière.

³⁶³ Annuaire statistique 2004, Service National de l'Imprimerie Sanitaire (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale), p. 25.

³⁶⁴ En début de saison des pluies (juin, juillet, août), les habitants du monde rural ont du mal à disposer de moyens contrairement aux mois qui suivent où grâce à la vente de leurs produits agricoles, ils peuvent faire face aux dépenses de santé.

³⁶⁵ Il s'agit des Instituts de Prévoyance Maladie, d'Assurances, des Mutuelles de santé, de l'Etat et des Collectivités Locales.

314. Les patients bénéficiaires de tarifs préférentiels doivent fournir, en principe avant leur admission par l'hôpital, une imputation budgétaire en double exemplaire. Les bénéficiaires d'une prise en charge aux 4/5 (imputation budgétaire ou lettre de garantie) doivent s'acquitter à la caisse de l'hôpital du cinquième laissé à leur charge. A cet effet, et selon les dispositions du décret 72-215 du 7 Mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires et la loi du 31 Juillet 1973 portant Code de sécurité sociale des travailleurs relevant du Code du travail, « *les agents de l'Etat doivent payer 20% du montant des prestations hospitalières et les 80% sont à la charge de l'Etat* ». Or, l'hôpital étant un service public, l'Etat s'acquitte de ces 80% en affectant un budget à l'hôpital sans tenir compte de l'évaluation objective des prestations fournies par rapport à ces sommes.

315. Pour ce qui est des indigents munis de certificats d'indigence délivrés par les mairies ou les chefs de circonscriptions administratives qui les prennent en charge, la loi met désormais à la charge de l'Etat les dépenses d'hospitalisation de ces derniers précédemment assistés par les communes³⁶⁶.

316. Par ailleurs, deux remarques sont souvent importantes à faire concernant le paiement indirect des prestations hospitalières. D'une part, les soins assurés par les établissements publics de santé hospitaliers à la faveur des agents de l'Etat et des indigents pris en charge par l'Etat constituent dans la plupart des cas un manque à gagner énorme pour l'hôpital car l'Etat est connu comme étant un mauvais payeur. Le recouvrement des sommes provenant de l'octroi de prestations au bénéfice des travailleurs des entreprises et sociétés pose également d'énormes difficultés. Les instituts de prévoyance maladie (IPM) qui constituent, en ce sens, le principal canal de prise en charge sont, malgré leur viabilité économique, lourdement endettées auprès des professionnels de santé, ce qui entraîne parfois leur suppression pour non respect des modalités de paiement au grand dam des bénéficiaires³⁶⁷.

³⁶⁶ Il faut toutefois constater que beaucoup de choses restent à faire dans ce domaine car tout indique que, malgré ces actions, les soins offerts dans les structures publiques sont toujours inaccessibles à la plupart des ces individus qui vivent dans une situation de précarité extrême. En l'absence d'un système adéquat de prise en charge, ces derniers se retrouvent aujourd'hui dans une situation d'exclusion.

³⁶⁷ Malick Samb: « L'accessibilité aux soins: le cas du Sénégal », in Actes du Colloque International *Droit et santé en Afrique*, Dakar 28 mars-1^{er} avril 2005, les Études Hospitalières 2006, p. 135.

Malgré ces remarques, les recettes générées par les activités hospitalières connaissent une progression assez substantielle depuis la mise en œuvre de la réforme hospitalière. A titre d'exemple, les recettes déclarées par l'hôpital le Dantec ont été multipliées par 15 en trois ans, elles passent de 70.000.000FCFA en 2000 à 1.068.000.000FCFA en 2003 et les recettes déclarées par l'hôpital Fann ont été multipliées par 3 en trois ans, passant de 224.541.710 FCFA à 673.589.482FCFA³⁶⁸. Cependant, les ressources générées par les activités des établissements publics de santé ne parviennent pas à faire face à toutes les charges récurrentes nées de ce nouveau statut. C'est pourquoi l'Etat et les collectivités locales leur apportent chaque année leurs soutiens sous forme de subvention. L'Etat intervient également dans la prise en charge d'investissement lourd.

b) Les ressources affectées aux établissements publics hospitaliers.

317. Les ressources des établissements publics de santé en dehors de celles tirées de leurs activités sont constituées surtout de subventions de l'Etat et de fonds de dotation de la décentralisation.

1 : Les subventions allouées par l'Etat.

318. Avec l'avènement de la réforme hospitalière, les hôpitaux érigés en établissements publics de santé reçoivent une importante subvention de l'Etat. Ce qui leur permet, tant bien que mal, de faire face aux difficultés rencontrées dans l'accomplissement de leur mission de service public. C'est ce qui amène Joseph Biram Sène à dire qu' « *en matière budgétaire, le Sénégal a fait de gros efforts dans le domaine de la santé, car au moment où certains pays peinent à respecter les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé qui recommande d'allouer au moins 9% de leur budget global à la santé, notre pays consacre depuis 2002, 10% de son budget à ce secteur* »³⁶⁹.

³⁶⁸ Direction des établissements publics de santé, *La réforme hospitalière : six ans après*, op. cit., p. 28.

³⁶⁹ Le journal « Le Soleil » du vendredi 30 décembre 2005, p. 5.

En effet, on remarque que les subventions accordées par l'Etat aux établissements publics de niveau trois ont connu une progression considérable de 2003 à 2006, c'est du moins ce que nous révèle le projet de loi de finances 2006. On constate par là que pour l'Hôpital Principal les subventions sont passées de 2.000.000.000FCFA en 2003 à 3.032.000.000FCFA en 2006 et pour le CHN Fann, dans la même période, elles sont passées de 857.165.000FCFA à 1.027.165.000FCFA... Ces exemples montrent nettement les efforts de l'Etat en matière de santé et c'est aussi un moyen de permettre une meilleure prise en charge des patients dans les différentes structures hospitalières. Cependant, ces établissements rencontrent toujours des difficultés pour faire face à toutes les charges récurrentes à leur statut. Ainsi, compte tenu de ces contraintes, le relèvement de l'enveloppe des subventions versées par l'Etat au bénéfice de des établissements de santé a été demandé pour un montant global de 1.160.000.000FCFA pour l'année 2006³⁷⁰.

319. Par ailleurs, ces subventions accordées par l'Etat aux établissements hospitaliers sont mal gérées et souvent détournées de leurs objectifs. Et, cette mauvaise gestion peut être imputée à l'Etat lui-même car il n'a pas mis en place un dispositif de contrôle efficace pouvant veiller à la bonne utilisation de ces ressources.

2 : Les fonds de dotation de la décentralisation.

320. L'Etat, en dehors des hôpitaux nationaux, accorde également des subventions aux hôpitaux régionaux érigés en établissements publics de santé à travers les fonds de dotation de la décentralisation. Ces fonds sont des budgets de fonctionnement des hôpitaux régionaux que les autorités ont confié aux collectivités locales (régions) à la faveur de la loi sur la décentralisation (transfert des compétences). Il faut relever que même à présent c'est l'Etat qui continue de subventionner les hôpitaux régionaux alors que c'est en principe du ressort des collectivités locales de le faire.

³⁷⁰ Projet de santé 2006 du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, p. 28.

Ces fonds alloués aux hôpitaux des régions dans leur ensemble ne cessent d'augmenter substantiellement. Cela est tout à fait compréhensible car, les hôpitaux régionaux ont besoin de plus de soutien de la part de l'Etat pour faire face aux difficultés rencontrées dans l'accomplissement de leurs tâches et surtout de leurs programmes d'extension réalisés au niveau de certains d'entre eux pour compléter leur plateau technique. Ainsi, on note à titre d'exemple que, pour le CHR de Ziguinchor les subventions de l'Etat passent de 180.000.000FCFA en 2003 à 265.000.000FCFA en 2006, pour l'hôpital de Dioum et d'Ourossogui³⁷¹ de 180.000.000FCFA en 2003 à 210.000.000Fcfa en 2006 et enfin le CHR de Kolda, nouvellement érigé en établissement public de santé hospitalier, a bénéficié d'une subvention de 335.200.000Fcfa en 2006³⁷².

321. Par ailleurs, les subventions que l'Etat fait transiter par les collectivités locales à la faveur de la loi sur la décentralisation créent souvent des conflits entre la direction des hôpitaux et leurs autorités de tutelle car ces dernières non seulement ne font pas parvenir ces subventions à temps, mais essayent, comme mentionné plus haut, de « grignoter » une partie de ces subventions. A ce titre, l'hôpital régional de St-Louis sur une subvention de 205.122.000Fcfa alloués en 2004 par l'Etat, seuls 103.000.000Fcfa lui sont versés (projet de budget 2004 du CHR de St-Louis).

322. Rappelons enfin que, les établissements publics hospitaliers, pour assurer leur fonctionnement, sont tenus de faire certaines dépenses et celles-ci sont annuellement prévues par leur budget, mais aussi dans leur projet d'établissement qui prend en compte des dépenses s'étalant sur plusieurs années.

³⁷¹ Il s'agit des seuls hôpitaux du Sénégal qui se trouvent dans un chef lieu de département.

³⁷² Projet de loi de finances 2006, p.124.

B : Les charges des établissements publics hospitaliers.

323. Les charges de ces établissements sont nombreuses et variées et les articles 18 et 19 du décret n° 98-702 du 26 août 1998 relatifs à l'organisation administrative et financière des établissements publics de santé disposent que ces derniers « *élaborent annuellement un budget constitué notamment de charges de fonctionnement et de charges d'investissement* ».

a) Les dépenses de fonctionnement.

324. Elles sont constituées selon l'alinéa 2 de l'article 18 du décret 98-702 du 26 août 1998 « de dépenses permanentes, de dépenses de personnels, des frais financiers, des dotations aux amortissements et aux provisions... ». Ces dépenses peuvent ainsi être résumées en dépenses générales et en dépenses spécifiques.

325. Pour ce qui est des dépenses générales, il s'agit des charges d'exploitation. Ces dernières sont nombreuses et très coûteuses aux établissements hospitaliers. Il y a d'abord des charges médicales et pharmaceutiques qui sont logées au niveau de la pharmacie centrale. Le montant prévu à ces charges est fixé sur la base de consommation de services et les ventes de l'IB (Initiative de Bamako) par rapport au suivi budgétaire de l'exercice en cours et des mesures prises par la direction. A cet effet, les crédits disponibles pour les postes de dépenses en pharmacie connaissent une progression soutenue depuis la mise en œuvre de la réforme hospitalière dans tous les établissements publics.

Il y a ensuite les charges hôtelières et générales. Il s'agit là des dépenses des services d'hospitalisation et les charges communes à l'ensemble des services. Ces dépenses concernent, entre autre, les frais de fournitures d'hôtellerie, les dépenses pour la buanderie, des dépenses d'eau, d'électricité et de téléphone, des frais alimentaires, des dépenses d'entretien, de réparation et de maintenance. Il y a également des dépenses d'alimentation qui absorbent une part importante du budget de fonctionnement des établissements publics de santé hospitaliers et à titre d'illustration, les dépenses alimentaires de l'hôpital régional de Tamba qui passent de

12.000.000FCFA en 2000 à 30.000.000FCFA en 2003³⁷³. Tous les hôpitaux connaissent donc cette situation qui ne cesse d'évoluer.

Il faut aussi noter que la maintenance coûte trop cher aux hôpitaux et les dépenses relatives à celle-ci ne cessent d'augmenter. Par exemple elles passent de 46.778.784FCFA en 2000 à 143.515.537 FCFA en 2003 pour le CHN de Fann. Donc, les crédits consacrés aux dépenses de maintenance incluant les fournitures consommées et le contrat de maintenance connaissent une forte évolution dans presque tous les hôpitaux et cela s'explique souvent par la vétusté du matériel médico-technique et son non renouvellement. Il y a d'autres charges aussi qui pèsent sur l'hôpital pour assurer son fonctionnement. Il s'agit d'achats de matériels consommables, de produits combustibles (gaz médical, carburant...), de produits d'entretien et d'hygiène, de fournitures de bureau, de consommables informatiques, d'habillement du personnel...

326. Quant aux dépenses spécifiques : il s'agit de charges du personnel hospitalier mais aussi de charges relatives aux provisions, aux financements exceptionnels et aux transferts entre budget.

D'abord, les charges du personnel : ce sont les salaires des services, les primes de motivation, les charges sociales, les salaires prévus concernant le personnel en poste dans le service, les agents dont les disponibilités prennent fin au cours de l'exercice, les recrutements prévus par le directeur... Les prévisions de salaire sont déterminées à partir des textes en vigueur dans les hôpitaux. Ces textes définissent les grilles salariales des agents. Les primes de motivation sont estimées à partir des encaissements prévus. Ces derniers représentent à titre illustratif 20% des encaissements dans le cadre de l'HOGGY³⁷⁴ et le taux est fixé par le conseil d'administration de chaque établissement.

Ensuite, les provisions et charges exceptionnelles : il s'agit des « jetons de présence » des administrateurs, des dons, des subventions financières accordées par la direction, des

373 Projet d'établissement 2002-2006 du CHR de Tambacounda, p 121.

³⁷⁴ Informations que j'ai recueillies auprès du service des ressources humaines dudit hôpital lors de mon stage dans cet établissement en 2005.

prestations facturées par les services aux indigents, au personnel de l'hôpital et à leurs familles et supportées par l'hôpital.

Enfin, concernant les transferts entre budgets, notons à ce niveau que les charges enregistrées concernent la dotation aux amortissements et aux provisions prévues. Au Sénégal, les amortissements et les intérêts du capital emprunté, c'est-à-dire le coût annuel de l'utilisation des biens, sont classés dans la rubrique des dépenses de fonctionnement. Néanmoins, ceux-ci doivent être considérés à part, car il n'est pas logique de comptabiliser des éléments de dépenses comportant des amortissements et des intérêts avec d'autres qui ne les comportent pas.

327. Par ailleurs, on constate beaucoup de lacunes dans la tenue de la comptabilité des dépenses engagées par les hôpitaux publics. En France contrairement au Sénégal ces lacunes ne sont pas tolérées. A ce titre, la Cour de discipline budgétaire et financière française a sanctionné financièrement l'Hôpital d'Orange pour avoir commis des lacunes dans la tenue de sa comptabilité des dépenses engagées (engagement excessif au-delà des crédits disponibles)³⁷⁵. Ainsi cet exemple doit fortement inspirer les organes compétents au Sénégal, en l'occurrence la Cour des Comptes, pour parer à l'impunité des autorités hospitalières en cas de lacune dans la gestion des finances de leurs établissements. Au-delà des dépenses de fonctionnement, les établissements publics hospitaliers effectuent aussi des dépenses d'investissement.

b) Les dépenses d'investissement.

328. Les investissements constituent en général l'acquisition de biens durables dont la longévité excède au moins un an (terrains, véhicules, immeubles...). Leur financement est assuré soit par les établissements publics hospitaliers eux-mêmes soit par l'Etat ou les partenaires au développement

³⁷⁵ Cour de discipline budgétaire et financière, 5 juin 1989, arrêt n° 81-203, Hôpital d'Orange.

329. Les dépenses d'investissement assurées par les établissements publics de santé sont des dépenses prévues dans leur budget annuel en vue de l'acquisition de matériels qui souvent ne coûtent pas trop cher. Il en est ainsi, des mobiliers de bureaux, du matériel informatique, hôtelier, de transport tels que les véhicules et les ambulances, de petits travaux d'aménagement de cabines et de climatisation des salles de soins et de réanimation, de matériels médico-techniques tels que l'échographie, le stérilisateur à vapeur, le respirateur anesthésie etc. Cependant, les dépenses d'investissement engagées dans le budget sont programmées en fonction des ressources que les EPS comptent disposer pour l'exercice à venir. Ces ressources proviennent du financement interne (autofinancement) à partir des bénéfices des prestations de soins et des amortissements. Il s'agit aussi de dépenses prévues dans le projet d'établissement des EPS où il existe un plan d'investissement à court ou long terme dans lequel les projets des services sont répartis année après année. Il en est ainsi pour l'acquisition de matériels lourds ou de la construction de bâtiments...

330. Par ailleurs, les établissements hospitaliers doivent, dans l'exécution de ces dépenses, respecter la procédure d'appel d'offres conformément au Code des marchés publics lorsque leur montant atteint un certain seuil³⁷⁶ ; aussi, celles-ci ne doivent pas être payées comme de simples dépenses courantes. A cet effet, la Cour de discipline budgétaire et financière (France) a condamné le centre hospitalier d'Albi d'une amende de 5000F pour avoir ordonné des travaux concernant la rénovation d'un logement de fonction à une valeur de 1,6 Millions de francs sur simple facture en dépit du dépassement du seuil de 350.000F d'où une mauvaise imputation et un non respect de la procédure d'appel d'offres³⁷⁷. On remarque nettement au Sénégal que les établissements hospitaliers, d'ailleurs comme tous les établissements publics, ne respectent pas, dans la plupart des cas, la procédure d'appel d'offres. Pourtant, aucun établissement, du moins à notre connaissance, n'a fait l'objet de sanctions. Il s'agit là d'un problème constant auquel il faut trouver des solutions.

³⁷⁶ Ainsi, selon l'article 53 du Code de marché public du Sénégal, le seuil minimum fixé pour les marchés de l'Etat, des collectivités locales et des établissements publics est de 25 millions pour les marchés de travaux et pour les marchés de prestations intellectuelles, et 15 millions pour les marchés de services et de fournitures courantes.

³⁷⁷ La Cour de discipline budgétaire et financière (France), 28 septembre 1994, arrêt n° 105-315, Centre hospitalier d'Albi.

331. En réalité, il faut reconnaître que les dépenses d'investissement et d'équipement des EPS sont essentiellement couvertes par l'Etat à travers les subventions d'investissement et dans une moindre mesure par les partenaires au développement. La plupart de ces dépenses sont appréhendées dans le projet d'établissement qui est le document sur lequel repose l'ensemble de l'organisation et du développement de chaque établissement public de santé. En effet, dans sa politique de renforcement des mesures d'accompagnement de la réforme hospitalière, l'Etat a dégagé en 2010 une enveloppe de 3,5 milliard pour l'achèvement des travaux des hôpitaux de Fatick et Ziguinchor³⁷⁸. C'est dire que l'Etat continue toujours à beaucoup investir dans le domaine hospitalier malgré l'autonomie des établissements hospitaliers de santé. C'est pour cette raison qu'il soumet la plupart des actes de ces établissements au contrôle de la part des autorités de tutelle, en l'occurrence le ministère des finances et celui de la santé.

³⁷⁸ Le journal « le Soleil » du 25 septembre 2010, article consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 27 septembre 2010.

332. L'Etat met en œuvre l'offre de soins à travers le système national de santé qui connaît une organisation pyramidale dont on trouve au sommet l'hôpital, au milieu le centre de santé et à la base le poste de santé. Cette organisation des soins est accompagnée d'une organisation administrative constituée essentiellement du niveau central dominé par le ministère chargé de la santé, du niveau intermédiaire constitué par la région médicale et enfin le niveau opérationnel coïncidant avec le district sanitaire. Ainsi, en prenant en compte le secteur public d'offre de soins, l'organisation du système de santé a également pris en considération le secteur privé de soins qui constitue un élément incontournable en matière d'offre de soins de qualité au Sénégal. C'est pourquoi une attention particulière a été portée à ce secteur par le législateur lors de la mise en œuvre des lois sur la réforme hospitalière. Cette réforme est très importante car non seulement elle a fait appel au concours du secteur privé dans l'exécution du service public de santé mais aussi a soumis les établissements publics de santé hospitaliers à des principes rigoureux. Il s'agit de la continuité des services, de l'égalité pour tous dans l'accès aux soins essentiels, de la mise à disposition de meilleurs soins possibles, de la disponibilité permanente du service, du traitement prioritaire de toutes les urgences avant l'engagement de toute procédure financière, du respect des tarifs accessibles, de la prise en charge des personnes démunies (donc le refus d'exclusion), de l'institution d'un système d'information pour chaque malade hospitalisé etc.

En effet, la réforme de 1998 a révolutionné l'offre de soins au Sénégal certes, mais sans pour autant apporter une évolution par rapport aux problèmes dont a toujours souffert cette offre. Il s'agit de l'état désastreux du plateau technique des établissements hospitaliers qui ne permet pas d'assurer des prestations de soins de qualité pour la plupart. Ensuite, il faut relever le difficile accès aux soins qui, du point de vue géographique, se trouve aggravé par la

répartition inadéquate des établissements hospitaliers. Aussi, faut-il ajouter que du point de vue financier, le coût élevé des soins est un handicap majeur, surtout pour les usagers les plus démunis. On note également une insuffisance des ressources humaines surtout au niveau des zones reculées. On comprend alors l'amertume des usagers du service public hospitalier, qui ne cessent de dénoncer l'état des prestations fournies, la récurrence des fautes médicales et leur impunité par les autorités compétentes. Ainsi les pesanteurs traditionnelles s'écartent de plus en plus et les usagers n'hésitent plus désormais à engager la responsabilité de l'établissement de santé, lorsqu'une faute lui est imputable³⁷⁹.

³⁷⁹ Cour d'Appel de Dakar (arrêt n° 420) du 10 mai 1983, Veuve Nemer Sabbah c / Hôpital Principal de Dakar, Cour d'Appel Dakar, 22 juillet 1984, Demoiselle DIOP c/Etat du Sénégal (arrêt n° 501), Cour d'Appel de Dakar n°553 du 14 août 1995 – Alassane Fall c / Hôpital Principal de Dakar, Tribunal Régional hors classe de Dakar du 06 décembre 2000, Anne Marie Agbo c/ Clinique Casahous, Cour d'Appel de Dakar du 24 juillet 2001, Hyssam Farhat c/ les médecins Baye Assane Diagne et consorts, Tribunal correctionnel de Kaolack, jugement n° 39 du 23 janvier 2002, Docteur Thiongane, etc.

Conclusion Partie I :

333. L'offre de soins en tant que principe fondamental au Sénégal prend sa source dans la Constitution de 2001 qui dispose que « *l'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et en particulier celles vivant en milieu rural, notamment aux femmes, le droit à l'allègement de leur condition de vie et l'accès à la santé et au bien-être* » (l'article 17). En effet, Il faut rappeler qu'avant même l'avènement de la Constitution de 2001, la volonté politique du Sénégal dans le domaine de la santé et de l'action sociale a souvent été réaffirmée à travers la ratification de plusieurs textes internationaux, notamment la Déclaration des Droits de l'Homme de 1948, la Constitution de l'OMS, la Déclaration d'Alma Ata, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et du Peuple etc. Au plan national cette volonté politique se traduit par une série de mesures tendant à une meilleure déconcentration du secteur dans un souci d'équité, pour rendre accessible les services socio-sanitaires de base à toute la population quelque soit le niveau économique. A cet effet, la réforme administrative et locale de 1972 (première étape de la décentralisation) a jetée les bases d'une organisation des soins de santé de base dont le modèle ressemblera aux principes de la Déclaration d'Alma Ata, intervenue six ans plus tard (1978) et qui constituera le fondement de la politique de santé du Sénégal (politique basée sur les soins de santé primaires). Ainsi, d'autres textes en faveur de l'amélioration de l'état de santé de la population ont suivi : il s'agit notamment du Code de l'hygiène, du Code de l'environnement, du Code d'éthique, de la Charte du malade, des lois sur la décentralisation administrative de 1996 etc.

334. Pour mettre en œuvre tous ces textes afin d'atteindre ses objectifs de santé publique, l'Etat du Sénégal a adopté de nouvelles orientations qui s'appuient sur l'approche programme traduite à travers le Plan national de développement sanitaire et social (PNDS) dont les principales ambitions sont, la réduction de la mortalité infanto-juvénile et maternelle, la baisse de l'indice de fécondité, l'éradication de certaines maladies telle que la fièvre jaune, la réduction de l'invalidité et des problèmes sociaux, et de l'accès aux services sanitaires de base à l'essentiel de la population. Ce plan pour atteindre ses objectifs va impliquer tous les échelons de la pyramide de santé. Tout au long du processus, il a été enregistré une large participation de la population, des collectivités locales, des autres secteurs et aussi des partenaires au développement, qu'il s'agisse d'ONG, d'institutions spécialisées des Nations Unies, des bailleurs de fonds ou de la coopération bilatérale et multilatérale. Dans cette mouvance, un ensemble de réformes ont été entreprises dans le secteur de la santé et les plus importantes concernent la réorganisation du ministère de la santé, la réforme des hôpitaux qui jouissent désormais d'un statut d'autonomie de gestion, le plan directeur de la pharmacie qui prévoit l'autonomie de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et du laboratoire national du contrôle des médicaments ainsi que la promotion des médicaments essentiels génériques.

335. Par ailleurs, en dépit d'une volonté politique très affirmée de l'Etat en faveur de la santé, le Sénégal est toujours confronté au déclin des performances de son système de santé et à une dégradation de ses indicateurs. En effet, en plus d'un lourd fardeau épidémiologique caractérisé par une mortalité maternelle et infanto-juvénile élevée, le pays est soumis à une série de difficultés économiques allant de l'alourdissement de la dette extérieure à la flambée du baril du pétrole, en passant par une hausse vertigineuse des denrées de première nécessité et de la réduction des prix de produits d'exportation. Une telle situation impacte négativement sur la politique sanitaire de l'Etat et entraîne une difficulté d'accès de la population aux soins. Cette difficulté se remarque d'abord, à travers l'état du plateau technique des établissements de soins qui peinent à garantir aux patients des soins de qualité, accentué par l'insuffisance des ressources humaines. A cet effet, on remarque bien à titre d'exemple que malgré la réforme de 1998, les hôpitaux sénégalais traversent une crise sans précédent caractérisée par une vétusté des plateaux techniques et un personnel insuffisant et démotivé, amenant un journal de la place de titrer à sa « Une » : « *les hôpitaux sénégalais*

sont plus malades que les malades qu'ils accueillent »³⁸⁰ . A cela s'ajoute, la répartition inadéquate des établissements de santé à travers le pays ainsi que la cherté des prestations hospitalières. Les soins coûtent très chers alors que le système d'assurance maladie ne couvre qu'une infime partie de la population (15 à 20%), ce qui constitue un handicap majeur, surtout pour les usagers les plus démunis. Il urge donc pour le Sénégal et d'ailleurs pour la plupart des pays africains, afin d'aboutir à un système d'assurance maladie émergent, gage d'une justice sociale en matière d'offre de soins, de s'inspirer des pays occidentaux comme la France où une grande part de l'assurance maladie est prise en charge par l'Etat.

³⁸⁰ Le journal « Le Populaire » n° 2613, du 9 et 10 août 2008, p. 1.

Partie II: L'offre de soins : une obligation difficile à assumer par l'Etat.

336. Il est évident que les autorités sénégalaises n'entendent pas faire du droit à l'accès aux soins un simple « vœu pieu » sans finalité ni effectivité sociale. Les grands axes de la politique de santé du Sénégal étant tracés depuis 1989, la question idoine est de savoir si le Sénégal a les moyens ou non de sa politique de santé. Plusieurs études ont été menées pour trouver des solutions aux problèmes du secteur sanitaire. Au demeurant, il est impossible pour les Etats de l'Afrique subsaharienne de prendre en charge seuls la santé de leurs populations même si c'est à eux que revient l'obligation de créer les conditions de développement de mécanismes de couvertures sanitaires. Il leur est donc nécessaire de s'appuyer sur les collectivités, la communauté, le secteur privé, et les organismes internationaux intervenant dans le secteur de la santé, afin de mettre en œuvre non seulement des stratégies permettant d'accroître les moyens³⁸¹, mais aussi de corriger les graves inégalités de l'offre de soins entre riches et pauvres et entre Dakar et le reste du pays, à l'exception de Thiès qui a une couverture sanitaire plus ou moins acceptable.

337. En effet, le Plan National de Développement Sanitaire et Social a initié en 1998 une politique ambitieuse débouchant sur la réforme des hôpitaux publics. Cette réforme est essentiellement dictée par la nécessité de relever le plateau technique des hôpitaux et leur mode de fonctionnement. Mais ses résultats, à l'état actuel, restent décevants. Ainsi, le citoyen qui dispose de moyens financiers suffisants, préfère se rendre à la clinique, réputée plus apte à répondre à ses besoins, que d'aller vers les hôpitaux, réputés pour un manque

³⁸¹ Il peut s'agir aussi bien des ressources humaines, des infrastructures, des travaux de réhabilitation ou encore du financement du secteur de la santé.

d'organisation et un fonctionnement défectueux. Pourtant, certains hôpitaux tels que l'HOGGY et l'hôpital Principal se sont nettement améliorés en la matière grâce à la rigueur et au sérieux. Cependant, le coût des services offerts est hors de portée de la bourse du sénégalais moyen. La santé devient ainsi un problème de moyen au Sénégal. Ce qui nuit considérablement au principe d'égalité³⁸² des citoyens devant les services de santé³⁸³ et se met en porte à faux avec l'un des principaux créneaux de la réforme de 1998 à savoir l'égal accès aux soins de la population de toutes catégories sociales.

338. Du moment où les pays africains ont du mal à assurer l'accès aux soins à la population, le droit à la santé tel que prévu par les articles 8 et 17 de la Constitution du Sénégal, restera longtemps un acte vide de sens, un acte juste posé pour embellir l'arsenal juridique national. Nous serons donc amenés à analyser les raisons qui font que l'Etat peine à assurer une offre de soins de qualité et de quantité suffisante à sa population, d'où de sérieuses difficultés d'accès aux soins : une politique de santé inefficace (Titre I), problème auquel il faut trouver des solutions adaptées afin de rendre l'offre de soins performante et accessible à tous, d'où quelles solutions pour une offre de soins performante ? (Titre II).

³⁸² Ce principe est annoncé pour la première fois par la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 qui dispose dès son article premier : « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits ». Ce principe fera partie de la devise de la République française (article 2 de la Constitution) qui s'articule ainsi « Liberté, Egalité, Fraternité ». Principe à valeur constitutionnelle, il s'impose évidemment à l'administration, avec l'autorité que le Conseil d'Etat reconnaît aux principes généraux des droits.

³⁸³ CE, Sect., 9 mars 1951, Société des concerts du conservatoire, GAJA n° 67.

339. L'accès aux soins est un droit fondamental proclamé par la Constitution du Sénégal. Ce qui est tout à fait normal car il apparaît comme l'un des droits fondamentaux de la personne en ce qu'il serait inhumain de ne pas soigner une personne malade alors que des moyens de le faire existent, mais il constitue aussi le plus fondamental des droits des malades en ce qu'il est à la base de l'acte médical. En fait, l'expression d'accès aux soins revient à reconnaître un droit d'accéder aux soins³⁸⁴. En effet, ce droit exige, de la part de l'Etat, la mise en œuvre d'une politique volontariste qui permet à toute la population où qu'elle se trouve sur l'étendue du territoire national, de bénéficier de manière équitable, d'une couverture en soins de santé de qualité.

340. Le Sénégal pour assurer sa mission en matière d'offre de soins assoit sa politique sur les prestations des hôpitaux publics. Cependant, ces structures rencontrent beaucoup de difficultés à satisfaire non seulement la population mais aussi le personnel qui y travaille, en sus de son nombre insuffisant. Ces constats révèlent que plusieurs établissements sont dans un dénuement qu'ils sont incapables d'assurer leur mission, à savoir des prestations de soins de qualité aux citoyens de toute catégorie sociale et des opportunités de recherche et de formation au profit des étudiants en médecine et des agents de santé en fonction.

341. En effet, on compte au Sénégal juste une vingtaine d'hôpitaux dont la plupart ont besoin de travaux de réfection, de réhabilitation et d'extension pour l'ouverture de

³⁸⁴ Xavier Bioy, art. cit., p. 42.

nouveaux services. Le plateau technique de ces hôpitaux est au plus bas du niveau normal. Pour la quasi-totalité de ces structures, les équipements sont vétustes et l'encombrement, du fait de la concentration des spécialistes, n'est pas pour faciliter et améliorer les services offerts à la population. On note une mauvaise répartition de ces structures. Les grandes structures hospitalières se trouvent toutes à Dakar au grand dam des zones intérieures, sans oublier le coût très élevé des prestations de soins, ce qui ne milite pas en faveur de l'accès aux soins de la population de faible revenu. Ainsi, partant de ce constat, on remarque bien qu'il existe des inadéquations manifestes dans l'offre de soins (Chapitre 1), ainsi que des dysfonctionnements notoires (Chapitre 2), qui compromettent largement les attentes de la population en matière de prestation sanitaire aboutissant ainsi à sa remise en question.

342. Les inadéquations en matière d'offre de soins sont nombreuses et variées. D'abord sur le plan de l'accessibilité géographique, la couverture en infrastructures sanitaires au Sénégal révèle une grande disparité. Ainsi, Dakar se distingue par une forte concentration de grandes structures sanitaires telles que les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et de grandes spécialités médicales, alors qu'au même moment les régions intérieures où la demande de soins reste la plus élevée, manquent de tout. Ensuite, malgré les multiples réalisations du PDIS au niveau primaire et la transformation des hôpitaux publics en établissements publics de santé, les problèmes liés au manque d'infrastructures, de ressources humaines et de moyens de financement du secteur de la santé, restent et demeurent toujours entiers alors que pour prodiguer des soins, il faut des soignants et du matériel nécessaire. Ainsi, au Sénégal, la carence en matériel et en ressources humaines participe au ralentissement du processus d'amélioration de l'accessibilité aux soins. Cette carence en ressources humaines est du point de vue quantitatif marquée au-delà de l'insuffisance du personnel par un déséquilibre dans le déploiement. A cet effet, la majeure partie du personnel reste regroupée dans les grandes agglomérations, et ce, pour des raisons d'ordre financier, familial ou de carrière. Du point de vue qualitatif, cette carence est marquée par un manque criard de généralistes et de spécialistes, alors que le pays abrite l'une des meilleures Facultés de médecine de la sous région. Il faut enfin noter qu'au Sénégal, le management des ressources humaines fait défaut. Cette mauvaise gestion des ressources humaines se ressent dans les difficultés de recrutement et dans l'absence d'un réel système de motivation du personnel, liée à l'inexistence d'un véritable plan de carrière. Cette situation entraîne d'énormes conséquences telles que la pénurie de personnel sanitaire et la fuite des cerveaux. En outre, tous ces aspects révélés entraînent comme conséquences : une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population (Section 1) et une inadéquation dans la politique des ressources humaines (Section 2).

Section 1 : Une inadéquation entre offre de soins et besoins de la population.

343. La couverture en infrastructures sanitaires au Sénégal, comme on l'a annoncée auparavant, montre une grande disparité. Toutes les structures sanitaires de niveau trois restent concentrées à Dakar ainsi que les grands laboratoires et cliniques privées, alors qu'au même moment les régions intérieures manquent non seulement de structures à la hauteur de la demande sociale mais aussi de spécialistes et d'équipements sanitaires. Cette disparité se voit même au niveau primaire où avec un rayon d'action du poste de santé de moins de 5 km au niveau des régions de Thiès et de Dakar, il dépasse 15 km dans les régions de Tambacounda, Kolda et Louga. Malgré les multiples réalisations dans le cadre du PDIS au niveau primaire et la réforme hospitalière de 1998, les établissements de santé demeurent toujours peu performants au grand dam de la population surtout locale et/ou démunie qui en souffre terriblement. Dès lors, les pauvres, faute de moyens ou d'assurance maladie, sont laissés à leur propre sort, du moins sont condamnés à recourir à la « médecine traditionnelle », médecine qui présente un enjeu certes majeur mais qui s'exerce, faute de cadre juridique, dans une anarchie totale, compromettant fortement la sécurité sanitaire de la population. On constate ainsi, une offre de soins à géométrie variable (paragraphe 1) avec une faible couverture sanitaire dans les régions et une forte concentration des spécialités à Dakar, ce qui est à l'origine des difficultés d'accès aux soins (paragraphe 2).

Paragraphe 1: Une offre de soins à géométrie variable.

344. L'analyse de la carte sanitaire du Sénégal révèle une très faible couverture du pays en infrastructures sanitaires car on n'y dénombre qu'une vingtaine d'hôpitaux dont très peu disposent d'un plateau technique satisfaisant. Cette situation s'est aggravée avec une grande disparité entre Dakar et le reste du pays. En effet, au moment où on note une forte concentration des spécialités à Dakar, les régions intérieures souffrent d'une très faible couverture sanitaire. C'est donc la population en milieu rural qui souffre le plus de cette situation ayant pour conséquence une discrimination de l'offre de soins entre la capitale et les régions intérieures mais aussi entre les pauvres et les riches.

A : Une faible couverture sanitaire dans les régions.

345. Cette faible couverture est liée au manque de spécialistes qui désertent les campagnes ou refusent d'y aller, mais aussi par un manque d'infrastructures pouvant les accueillir et leur permettre d'exercer leur art. En effet, cette situation empêche la population en milieu rural de bénéficier de l'offre de soins à l'image de son homologue des régions de Dakar et de Thiès qui, disposant des moyens financiers³⁸⁵, ont tous les atouts pour se faire soigner convenablement.

³⁸⁵ N'oublions pas qu'il existe une forte concentration de pauvres dans ces zones urbaines ne disposant pas de moyens pour se rendre à l'hôpital. Paradoxalement, c'est à Dakar où l'on note le plus de décès liés à l'absence de prise en charge hospitalière. C'est à Dakar aussi que l'on note le plus, les scandales liés au charlatanisme car les populations, surtout de la banlieue, très pauvres ont du mal à joindre les deux bouts. Ce milieu devient donc la niche des faux guérisseurs qui, au lieu de soulager les populations, les dépouillent de leurs biens et vont même parfois plus loin en les violant car, disent-ils, c'est le seul moyen de les débarrasser des mauvais sorts qui ont occasionné leur mal.

a) La réticence du personnel soignant face aux zones rurales.

346. Les fonctionnaires en général rechignent à travailler dans les zones rurales. Cependant cette situation est beaucoup plus dramatique dans le domaine de la santé où le personnel soignant donne moins de motivation à exercer son art dans ces zones. Ainsi, le système de santé fait face à une crise sans précédent des ressources humaines tant du point de vue qualitatif que quantitatif au niveau des zones dites d'accès difficiles. D'ailleurs, la couverture nationale en ressources humaine dans le domaine de la santé est très insuffisante. Ainsi, selon les résultats du recensement en juin 2009 et de l'atelier de partage et de validation des données effectué en 2010³⁸⁶, les ressources humaines, tous statuts et toutes catégories socioprofessionnelles confondues, sont estimées à environ quatorze mille quatre cent soixante trois (14 463) agents. L'analyse de la structure des ressources humaines a porté sur les variables suivantes : la catégorie socioprofessionnelle, la région, le statut, le type d'employeur, l'âge et le sexe. A cet effet, pour un poids démographique de 22,48% de la population nationale, la région de Dakar dispose d'un peu plus de la moitié du personnel de santé (52,46%) toutes catégories confondues. Elle est suivie de la région de Thiès qui, avec un poids démographique de 12,63%, dispose de 13,22% des ressources humaines en santé. Au même moment, les régions de Fatick, Kafrine, Kédougou et Sédhiou, pour un poids démographique global de 14,68% de la population totale ne comptent que 376 agents, soit 6,6% du personnel de soins³⁸⁷.

347. La distribution du personnel laisse apparaître des disparités plus aiguës au niveau des catégories socioprofessionnelles. Ainsi, chez les médecins, Dakar et Thiès comptent à elles seules 71% des effectifs (Dakar 60% et Thiès 11%). Le reste, soit 29% est réparti entre les douze autres régions du Sénégal. Les régions de Fatick, Kafrine, Kédougou et Sédhiou ne comptent que 2,6% du personnel médical. Concernant le personnel paramédical (techniciens supérieurs en santé, infirmiers et sages-femmes), Dakar compte 43,5% et Thiès 12,6% d'agents, soit 56,1% de ce personnel contre 43,9% pour les douze autres régions du Sénégal. Les régions de Fatick, Kafrine, Kédougou et Sédhiou en comptent seulement 7,4%.

³⁸⁶ Plan National de Développement de Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), Ministère de la Santé et de la Prévention/Direction des Ressources Humaines, JICA 2010, p.12.

³⁸⁷ Plan national de Développement de Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), op. cit., p.14.

Aussi, la répartition du personnel par région³⁸⁸, par catégorie socioprofessionnelle et par sexe laisse apparaître un grand déséquilibre. La prédominance masculine est très nette au niveau des catégories professionnelles spécialisées. On note ainsi très peu de médecins spécialistes de sexe féminin et le peu qui existe, exerce à plus à trois quarts (78%) à Dakar, au détriment de Kédougou, Kolda, Matam, Sédhiou et Kafrine, où on remarque une quasi absence³⁸⁹. A Dakar et à Thiès, il y a un peu plus de femmes que d'hommes³⁹⁰. Ce déficit de femmes au niveau de ces régions d'accès difficile constitue un obstacle pour la santé du couple mère/enfant surtout du fait des contraintes socioculturelles.

348. Le maintien des ressources humaines dans les zones difficiles³⁹¹ comme Tambacounda, Kédougou, Sédhiou, Kolda, Ziguinchor Matam et les villages insulaires des districts de Foundiougne et de Sokone, est une problématique au Sénégal. De fortes disparités dans la répartition des ressources humaines en santé sont notées. Dakar avec un poids démographique de 22,48% concentre plus de la moitié du personnel (médecins 60%, sages femmes 44,90%, infirmiers 40,5%, techniciens supérieurs en santé 52,70%, chirurgiens dentistes 45,70%) ; tandis que les régions périphériques, éloignées et d'accès difficile comme Matam, Kédougou ne totalisent que 10,23% des médecins et 13,73% des sages femmes. Pourtant, c'est dans ces régions (Kolda, Sédhiou et Kédougou) qu'on enregistre les taux les plus élevés de mortalité maternelle et infantile. Elles ont aussi, les taux d'accouchement assistés les plus faibles du pays, faute de personnel qualifié. Dès lors il convient de chercher les raisons de ce grand déséquilibre.

349. Cet important déséquilibre entre Dakar et les autres régions s'explique par le poids des établissements publics de santé de Dakar qui sont pour l'essentiel de niveau 3 c'est-à-dire des centres hospitaliers nationaux englobant ainsi tous les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Ces établissements, conformément à l'article 3 de la loi 98-08 du 2

³⁸⁸ Il y a des disparités régionales notamment au niveau des nouvelles créations et des zones dites difficiles.

³⁸⁹ Plan National de Développement de Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), op. cit. p.16.

³⁹⁰ Les rapports de masculinité sont de 0,92 à Dakar et 0,81 à Thiès.

³⁹¹ Une zone difficile se définit comme étant une aire géographique où existent de fortes contraintes de travail pouvant être, pour l'agent de santé, d'ordre : géographique, sécuritaire, technique et susceptibles d'entraver son épanouissement professionnel ou familial.

mars 1998 portant réforme hospitalière, sont le dernier maillon de la chaîne, le sommet de la pyramide sanitaire et le dernier recours. Ils sont en théorie des structures qui desservent l'ensemble de la population eu égard à leurs plateaux techniques très spécialisés et à la diversité de leurs gammes de services. En effet, les structures hospitalières nationales disposent forcément des plateaux techniques plus relevés que ceux des autres formations sanitaires. A ce déséquilibre, s'ajoutent les multiples opportunités liées à la position de Dakar en tant que capitale administrative et économique du pays. Pour ces raisons, le personnel de santé désire pour la plupart rester à Dakar. En effet, Dakar est pratiquement la seule ville qui offre un cadre de vie pour pouvoir non seulement développer son talent afin d'acquérir une expérience élevée dans son domaine mais aussi la seule ville qui dispose d'écoles et de formations permettant de mieux assurer l'éducation des enfants. En outre, c'est à Dakar qu'ils ont le plus de possibilités d'extension de ressources financières. En effet, les cliniques privées où ils pourraient aussi exercer, n'existent presque pas dans les villages, lieux où il serait également impensable d'ouvrir un cabinet médical avec une consultation privée tarifée à 20.000FCFA. Puisque que cette clientèle haut de gamme ne se trouve qu'à Dakar alors que les possibilités extra salariales n'existent pratiquement pas en zones reculées, une simple prime de logement ne saurait les encourager pour autant à aller dans les régions.

350. Un autre aspect qui accentue la réticence des personnels qualifiés à se rendre dans les régions intérieures est lié à la qualité du matériel technique dans les structures de soins de ces zones. Il n'est pas aisé de bien travailler s'il n'y a pas à sa disposition le matériel nécessaire pour accomplir sa mission. Telle est la situation à laquelle sont confrontés beaucoup de soignants. Il faut reconnaître que le manque de matériel ou la pénurie de stock est très fréquent dans les structures de soins en milieu rural. Cette situation est dans beaucoup de cas à l'origine de la non admission des patients qui, faute de prise en charge et de suivi, rentrent chez eux dans le plus grand embarras. Ce manque de matériel, surtout de consommables, est récurrent notamment pour les interventions chirurgicales et est surtout lié à la sur-fréquentation de certains hôpitaux régionaux. Il s'y ajoute l'insuffisance dans le fonctionnement normal des activités de maintenance dans les hôpitaux régionaux et les districts sanitaires où il existe pourtant un service technique de maintenance. Cette situation s'explique par un défaut d'organisation, mais aussi par un déficit en personnel qualifié. L'option de rendre fonctionnels les services techniques de maintenance au niveau des structures régionales de santé doit être revue au vue des résultats enregistrés dans ce domaine.

Une des alternatives pourrait être le recours à la contractualisation dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de maintenance.

351. Il faut également noter que l'indisponibilité des médicaments et des produits médicochirurgicaux est un aspect important, qui n'encourage pas les praticiens à aller servir dans les régions ou d'y rester longtemps. En effet, certains se demandent à quoi sert d'aller servir dans une zone où l'on est sûr, malgré ses compétences, de ne pas avoir à sa disposition les médicaments ou produits nécessaires pour prendre en charge ses patients ou assurer leurs suivis médicaux. Dans beaucoup de cas les professionnels de santé sont obligés de passer les commandes à Dakar et avec l'état des routes et des transports, il faut attendre longtemps avant de les recevoir. Les réformes du secteur pharmaceutique ont certes été mises en œuvre pour assurer l'accès aux médicaments essentiels de qualité à moindre coût et accessibles sur toute l'étendue du territoire. Mais, l'évaluation récente du système mis en place a révélé, entre autres, une faiblesse dans la disponibilité des médicaments avec des problèmes d'accessibilité pour la population au niveau des régions reculées mais aussi pour des couches vulnérables ou démunies et sans couverture sociale.

352. Tous ces problèmes, associés à l'insuffisance des mesures incitatives pour fidéliser le personnel et réussir une meilleure répartition géographique, impactent négativement l'offre de soins au niveau régional. Ainsi, le déficit de personnel, surtout dans les zones difficiles et éloignées de Dakar lié à une faible motivation, au cadre de vie peu adéquat et à l'absence d'un plan de relève, nécessite une collaboration accrue entre le ministère de la santé, l'Université de Dakar et les écoles de formation professionnelle en santé ainsi que les bailleurs de fonds. C'est le seul moyen qui permettra de corriger le déséquilibre notoire qui existe au Sénégal en matière d'offre de soins³⁹². Cependant, cette situation ne

³⁹² Le Ministre de la santé et de la prévention, à la suite de la 63^{ème} Assemblée mondiale de la santé du 17 au 22 mai 2010 au Palais des Nations Unies à Genève dont l'une des questions centrales était l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, notamment pour les pays pauvres confrontés au manque de moyens et de personnel de santé, a accordé un entretien aux journalistes. Il a ainsi reconnu la forte concentration des agents de santé à Dakar lorsqu'il a été interpellé sur cette question par El Hadji Gorgui Wade Ndoeye. A ce propos, il a martelé : « je sais que beaucoup d'agents, même ceux qui ne sont pas de la santé, cherchent toujours à se rapprocher de Dakar, soit pour des raisons pédagogiques, soit pour d'autres raisons. Il appartient aux autorités de bien étudier les dossiers ». Cependant, il a ajouté : « je dois dire que depuis que je suis au ministère de la santé, j'ai toujours affecté des agents de Dakar vers les autres localités du pays. C'est une politique que nous avons jugée pertinente. Elle sera maintenue afin de donner la chance aux structures de l'intérieur du pays de disposer d'un personnel qualifié ».

dédouane pas non plus le personnel soignant qui refuse d'aller servir dans les zones difficiles où le besoin en personnel est sans précédent³⁹³. Par ailleurs, il faut remarquer que quoique minime aux yeux du personnel soignant, l'Etat accorde tout de même d'importantes primes de motivations et de diverses faveurs pour ceux qui acceptent de servir dans les régions (logements, transports, etc.).

b) L'indisponibilité des services de soins.

353. L'indisponibilité des services est fréquente au niveau local. Cette situation ne peut être qualifiée que de déplorable surtout en sachant que la population la plus confrontée aux problèmes de santé est celle vivant en milieu rural. La plupart des régions du pays ne dispose que d'un seul hôpital en l'occurrence l'hôpital régional. Ce dernier conformément à l'article 3 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière « *correspond à un centre hospitalier régional (établissement public de santé hospitalier de second niveau) de référence pour les formations sanitaires publiques et privées de sa zone de couverture. Il dispense à cet effet, des prestations de médecine et de chirurgie générales, d'obstétrique, de soins d'urgence et des soins spécialisés à caractère médical, chirurgical ou psychiatrique* ». Cependant, aucun centre hospitalier régional, en dehors de celui de Thiès, n'arrive à assurer la mission qui lui a été dévolue par cette loi. Certes, des efforts notables ont été consentis en termes de réalisation en ce qui concerne globalement les infrastructures, en particulier au niveau des centres de santé, mais les problèmes d'infrastructures sanitaires au niveau régional persistent. On ne compte au Sénégal que vingt hôpitaux, dont huit à Dakar et deux en construction (les hôpitaux de Fatick et de Ziguinchor). Pour ces derniers, douze ans après le démarrage des travaux, ils ne sont toujours pas livrés clé en main. Et, le Ministre de la santé annonçait déjà en novembre 2010, alors qu'il défendait le budget de son département face

³⁹³ A ce sujet, le Ministre de la santé, lors d'un entretien accordé à Walfadjiri le 20 mai 2010, a révélé que jusque là se sont seuls les médecins contractuels du ministère de la Santé qui acceptent d'officier en général dans des structures à l'intérieur du pays. Mais, selon le Ministre « un changement de mentalité est en train de s'opérer. De plus en plus, les personnes comprennent que l'essentiel, c'est de servir leur pays. Cela fait que les médecins rechignent de moins en moins à servir dans les zones reculées ». A cet effet, il ajoutera : « nous pensons que ce sont des patriotes qui accepteront de servir là où ils seront affectés ».

aux députés³⁹⁴, qu'ils seront entièrement finis dans 13 mois. Ce qui n'est pas toujours le cas au moment où ces lignes sont écrites. En effet, au vu de la situation des infrastructures de santé dans les régions, il n'est pas superflu de dire que les huit hôpitaux de Dakar sont les seuls à être aptes à répondre aux exigences de l'offre de soins, d'ailleurs les seuls à prendre en charge certaines pathologies comme le cancer³⁹⁵, ce qui est injuste car près de trois quart de la population vit en dehors de Dakar et ne dispose pas forcément des moyens de venir à Dakar pour se faire soigner. Pire certaines régions en l'occurrence les nouvelles telles que Sédhiou et Kafrine ne disposent pas encore d'hôpital. Les malades sont ainsi obligés de se rendre vers les régions environnantes pour se faire soigner.

En effet, cette distribution des soins montrant qu'aucune région, en dehors de Dakar, ne dispose d'un établissement de niveau 3 ainsi que de plus d'un hôpital à l'exception de Diourbel, de Saint Louis et de Thiès, entraîne un accès inégal aux soins selon la zone de résidence de la population.

354. Par rapport aux équipements, les autorités sanitaires parlent d'une nette amélioration du plateau technique et des conditions d'évacuation des malades. A cet effet, elles nous font part de gros efforts fournis en direction des hôpitaux avec l'installation de scanners. Toutefois, ces avantages ne semblent pas cibler les structures hospitalières de l'intérieur car Dakar et Thiès sont les seules régions à disposer de scanner. Par ailleurs, il est souvent noté que les équipements sont insuffisants et qu'il n'y a pas une planification dans le renouvellement des équipements, qui, de ce fait, deviennent obsolètes. Ces déficits se retrouvent assez souvent dans la plainte du personnel de santé. C'est ainsi qu'à Kaolack, il a été signalé l'insuffisance de matériel de diagnostic et de traitement qui gêne considérablement l'activité, notamment dans le service de cardiologie relate Abdou Karim

³⁹⁴ Xibar.net du mercredi 10 novembre 2010.

³⁹⁵ L'Hôpital Aristide le Dantec est la seule structure au Sénégal qui dispose du matériel pour la chimiothérapie et la radiothérapie. Pourtant, le cancer est l'une des maladies qui fait le plus de ravage au Sénégal et en Afrique en général. Il est la première cause de mortalité chez la femme africaine révèle la gynécologue sénégalaise, Dr Rose Wardini, par ailleurs présidente de l'association MEDISOL International lors d'une interview accordée à l'APS le dimanche 18 juin 2010. Ainsi, de l'avis de la gynécologue obstétricienne Dr Mariama Bâ, au Sénégal parmi les cancers spécifiquement féminins, celui du col de l'utérus touche deux femmes sur mille, après le cancer du sein avoue-t-elle. Un dépistage régulier peut permettre de le déceler très tôt mais malheureusement, les femmes qui développent cette maladie arrivent aux structures de santé à un stade où l'on ne peut ni les opérer ni les prendre en charge, car le plateau technique disponible au Sénégal pour traiter le cancer ne prend pas en compte l'évolution de la maladie. Du coup, elles seront laissées pour comptes et mourront dans des conditions pénibles, révèle le Dr Mariama Bâ lors de l'entretien accordé à Walfadjiri le mardi 17 août 2010.

Gueye³⁹⁶. Leurs enquêtes ont également révélé que le service d'urologie fonctionne assez souvent avec des instruments obsolètes parce que non renouvelés depuis longtemps. C'est également le cas des équipements inadaptés aux soins du service. S'y ajoutent à ceux-ci, les ruptures de stock de médicaments, de produits et de consommables, en général consécutives au non règlement des dettes contractées auprès des fournisseurs qui, bloquent alors les livraisons. Un autre phénomène en rapport avec le problème du matériel réside dans la non qualification du personnel de maintenance pour la réparation des pannes survenues avec le matériel. Ces différents facteurs ainsi soulevés sont autant d'éléments qui entravent l'accessibilité de la population à des soins hospitaliers de qualité et accentuent la disparité entre Dakar et le reste du pays.

355. On remarque, tout compte fait, que les structures de santé au niveau des régions sont pour la plupart vétustes faute d'entretien. Il existe une insuffisance de fonctionnalité par manque de réhabilitation des locaux qui sont dans un état défectueux. Leur plateau technique est insuffisant et les équipements existants sont vétustes. On note également au niveau des régions une absence de services de réanimation polyvalents et d'un bloc de diagnostic qui sont autant d'éléments nécessaires pour des interventions d'urgence de qualité. Dans beaucoup de postes et de centres de santé, le matériel de soins est quasi absent. En ce qui concerne la logistique, les problèmes de maintenance et la non disponibilité des pièces de rechanges entravent le bon fonctionnement des structures au niveau des régions d'accès difficiles. C'est ce qui explique l'insatisfaction de la majorité du personnel comme le rappelle le professeur Oumar Faye³⁹⁷. Il y a ainsi, une nette disproportion dans la distribution de la logistique au niveau des structures de soins. Le constat est ainsi le même partout dans le pays, soit il existe assez de matériel en place et pas assez de personnel soignant, soit c'est l'inverse. La correction des disparités s'impose pour améliorer l'accès des citoyens des zones reculées et les plus déshérités aux services de soins. C'est dans ce cadre que l'arrêté portant carte sanitaire va être révisé voire remplacé par un décret, en l'occurrence le décret n°2009-521 du 4 juin 2009 relatif à la carte sanitaire qui approuve celle de 2008 tout en essayant de combler ses lacunes³⁹⁸.

³⁹⁶ Abdou Karim Gueye et Pape Salif Seck, « Étude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal », PFANE 2009, p. 15.

³⁹⁷ Assises Nationales sur la Santé, Ministère de la santé du Sénégal, 4 et 5 juillet 2000.

B: Une forte concentration des spécialités à Dakar.

356. Depuis sa fondation en 1857, Dakar³⁹⁹ est marquée par ses fonctions politiques et administratives centrales mais aussi par une croissance urbaine générée tant par la croissance démographique que par une très forte concentration des activités humaines. La promotion de Dakar comme capitale de l'Afrique occidentale Française (A.O.F.) en 1902 consacra l'avènement d'éléments ayant contribué à la mise en place de sa très forte centralité : gouvernement de la colonie, camps militaires, building administratif, équipements de transports, de santé etc. La ville est ainsi devenue l'espace du pouvoir central colonial. Elle demeura un lieu, un point d'où partent les décisions. Cette situation la propulsa à un niveau supérieur et favorisa l'émergence d'équipements administratifs. Cette centralité historique de Dakar reste non seulement d'actualité mais s'est renforcée et accentuée après l'accession à l'indépendance du Sénégal avec l'érection de Dakar comme capitale nationale. Capitale politique du Sénégal, siège du pouvoir économique et du pouvoir d'Etat, Dakar regroupe tous les grands organismes législatifs et exécutifs centraux de même que tous les sièges des offices et grands établissements publics de production et de services. C'est ici que l'on trouve les meilleurs équipements sanitaires dont les hôpitaux les plus grands et les mieux équipés du pays.

357. La concentration des services de santé à Dakar est très remarquable lorsqu'on tient compte ne serait ce que de la répartition géographique des établissements publics hospitaliers. A ce titre, Dakar sur seulement une superficie de 552 km², c'est-à-dire 0,3 % du

³⁹⁸ Rapport de présentation du décret n°2009-521 du 4 juin 2009 par la Ministre de la santé, de la prévention et de l'hygiène publique Madame Thérèse Coumba Diouf. Mais cette dernière, au moment où ces lignes sont écrites, n'est plus Ministre de la Santé, elle a été remplacée par Modou Diagne Fada actuel Ministre de la santé. L'instabilité au niveau de ce ministère est à déplorer car ne militant pas en faveur du développement du secteur de la santé. Depuis l'avènement de l'alternance en 2000, le Sénégal a connu à peu près sept (7) Ministres de la santé et ces changements ne s'expliquent pas par des motifs de compétences mais plutôt par de simples raisons politiques voire politiciennes.

³⁹⁹ La ville de Dakar, qui était un village de pêcheurs lébous, est officiellement créée en 1857 par le colonel Pinet Laprade alors que l'île de Gorée, qui avait jusque là attiré toutes les convoitises des colons, était devenue trop petite. Le conseil municipal de l'île et les notables mulâtres, se sentant trop à l'étroit, avaient en effet demandé la construction de la ville nouvelle de Dakar déjà deux ans avant que les troupes françaises n'y hissent leur pavillon. Dès lors, la croissance de la ville s'accélère. Capitale de l'AOF en 1902 et capitale du Sénégal depuis 1960, Dakar regroupe, aujourd'hui encore, la quasi-totalité des activités économiques, politiques et administratives du pays et compte près 2,5 millions d'habitants (*Source : Histoire de Dakar, écrit par Emilie Saus, article consulté le 6/8/2011 sur <http://dakar-ca-bouge.net>*).

territoire national, avec une densité de 4.456 habitants/km² et une population d'à peu près 2.459.519 habitants à savoir 22,48% de la population nationale dispose à elle seule de huit des vingt établissements hospitaliers qui existent au Sénégal. Par ailleurs, même, la couverture en infrastructures sanitaires au niveau primaire montre une persistance des disparités. Ainsi à partir de Dakar, le rayon d'action du poste de santé varie du simple au triple : de moins de 5 km au niveau des régions de Dakar et de Thiès, il dépasse 15km dans les régions de Tambacounda, Kolda et Louga, malgré la réalisation de la phase I du PNDS⁴⁰⁰. Cette situation montre que la couverture en poste de santé est plus faible dans les régions qu'à Dakar. Aussi, la région de Dakar à elle seule dispose de 10 des 70 centres de santé qui existent dans le pays et est suivie de près par sa voisine Thiès qui en dispose de neuf. Ainsi, cette forte concentration des spécialités à Dakar a créé une sur-fréquentation de la plupart des hôpitaux. A cet effet, il n'est pas rare pour les patients de se voir refuser leur admission ou d'être renvoyés vers d'autres structures mieux équipées. Là aussi ils font face à une autre difficulté qui est de trouver une place pour être hospitalisés ou un rendez-vous pour les consultations.

358. On remarque bien que c'est dans la région de Dakar que se trouvent les meilleurs équipements sanitaires. Le centre historique appelé « Plateau » regroupe les deux plus importants hôpitaux du Sénégal à savoir l'Hôpital Aristide Le Dantec et l'Hôpital Principal. Ces deux structures accueillent les malades de toutes les régions du pays pour des soins spécialisés. Ils constituent également le niveau de référence dans l'organisation des systèmes de soins. Ils sont situés sur l'avenue Léopold Sédar Senghor pour l'Hôpital Principal et sur l'avenue Pasteur pour l'Hôpital Aristide Le Dantec. C'est d'ailleurs dans ce secteur que l'on trouve l'Institut Pasteur et les grands cabinets spécialisés. Ces deux grands hôpitaux sont les seuls à pouvoir répondre le mieux possible aux problèmes de santé qui se posent à la population. Ils drainent ainsi, compte tenu de leur envergure et de leur position dans la hiérarchie médicale du pays, un nombre important de patients tous les jours⁴⁰¹. Cependant, ces

⁴⁰⁰ Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui est la première phase du Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) couvrant une période de cinq ans (1998-2002), va permettre de réaliser les investissements qui dépassent de loin les prévisions à la base. Les objectifs visés par ce programme tels que la disponibilité des soins de santé de base ont été accompagnés d'importants investissements qui ont donné un visage nouveau au système sénégalais de santé. A cet effet, le PDIS a permis la réhabilitation de la plupart des centres de santé existants ainsi que la création d'environ 64 postes de santé.

⁴⁰¹ Au niveau du grand Dakar, une réorganisation de l'offre hospitalière apparaît indispensable pour mieux tenir compte de la répartition de la population dans un contexte où la mobilité urbaine est difficile du fait de la saturation des axes de communication.

structures sont généralement plus accessibles aux classes sociales les plus aisées du pays et aux ressortissants des pays voisins. C'est dire que tout le monde ne peut se faire soigner dans ces établissements dans la mesure où les coûts des soins y sont exorbitants.

359. Par rapport au secteur privé de santé, une analyse de leur répartition sur le territoire montre qu'il est largement concentré dans la région de Dakar⁴⁰². A ce titre, 90% des cabinets de spécialistes, 61% des cabinets de généralistes, 60% des cliniques privées sont implantés dans la région de Dakar. De même sur les 403 médecins privés recensés, 337 (84%), exercent à Dakar⁴⁰³. La médecine pré-hospitalière largement assurée par le secteur privé, n'est présente qu'à Dakar et dans certaines grandes villes comme Thiès et Saint-Louis. En effet, Dakar semble avoir bénéficié exclusivement du développement du secteur privé, et ce dernier ne pourra probablement pas constituer, à court terme, une alternative aux déficits de structures constatés à l'intérieur du pays.

360. Malgré les politiques de décentralisation, les disparités persistent toujours entre la région de Dakar⁴⁰⁴ et les autres villes, en particulier les régions pauvres⁴⁰⁵. De même les inégalités sociales sont très marquées, contribuant ainsi à aggraver les inégalités de santé entre la population pauvre habitant pour la plupart en zones rurales et la population riche fortement concentrée à Dakar. La décentralisation n'a pas apporté au secteur de la santé les progrès

⁴⁰² Le secteur privé est relativement important au Sénégal mais il est surtout présent dans la région de Dakar et dans les chefs lieux de région. Cependant, la répartition des postes de santé privés catholiques sur le territoire est bien différente, car ils sont présents dans les zones les plus reculées. Ils jouent ainsi un rôle incontournable en matière de santé et corrigent dans une large mesure le déficit de l'offre publique de soins au niveau rural.

⁴⁰³ Banque Mondiale, *Rapport Analytique Santé et pauvreté au Sénégal*, juin 2006, op. cit., p. 80.

⁴⁰⁴ Cette situation de forte concentration des spécialités médicales à Dakar peut être cohérente avec le fait qu'il est nécessaire d'implanter les établissements surtout de troisième référence dans les zones les plus peuplées et à proximité des universités.

⁴⁰⁵ Cette apparente inégalité dans la répartition régionale de l'offre de soins est à mettre en relation avec la répartition de la population sur le territoire et la densité démographique dans chaque région. Ainsi, les ratios de la population aux infrastructures sanitaires confirment les importantes inégalités régionales dans la répartition de l'offre de soins mais le biais en faveur de Dakar n'est pas systématique. La carte sanitaire de 2005 révèle que la région de Dakar, avec une population de près de 20 000 habitants par poste de santé, est la plus faiblement dotée pour ce type d'infrastructure et est très loin de l'objectif du gouvernement qui est de 10 000 habitants par poste de santé, alors que la région de Ziguinchor a une densité de 5812 habitants par poste de santé. Certes, cette analyse est réelle, mais le constat est que les postes de santé de Dakar sont mieux équipés que ceux de Ziguinchor qui ne sont en général que de simples bâtiments sanitaires sans personnel ni d'équipements suffisants pour faire face à la demande de soins.

espérés car dans les faits, les responsabilités entre les collectivités et l'Etat ne sont pas encore clairement définies. De plus l'organisation de l'offre de soins autour du district s'articule mal avec les collectivités situées au niveau de la région ou de la commune. La décentralisation et la déconcentration des ressources sont particulièrement timides, ce qui pénalise les services en périphérie, en particulier dans les régions isolées. La couverture passive en postes et centres de santé reste à améliorer. Cependant, le niveau de fréquentation très faible des structures de santé attire l'attention vers la nécessité de donner une plus forte priorité à l'amélioration de la qualité des soins. Le personnel travaillant dans le secteur public est mal réparti au niveau géographique et selon les qualifications. Les régions les plus défavorisées sont les moins bien dotées en relation avec leur poids démographique. La mobilité géographique et l'amélioration de la productivité au travail sont au cœur des enjeux pour les ressources humaines, en relation avec un dispositif de formation initiale et continue facilitant l'adaptation des ressources aux emplois.

361. Par ailleurs, l'Etat du Sénégal dans sa gestion du secteur public doit augmenter ses efforts pour relever le niveau de la performance institutionnelle de l'offre de soins. Pour se faire, il se doit d'harmoniser sur toute l'étendue du territoire ses efforts en matière de construction, de rénovation, d'équipement des infrastructures et de recrutement de personnel suffisant et qualifié afin de donner à sa population quel que soit le lieu où elle se trouve et quel que soit son niveau de revenu, une offre de soins satisfaisante. Il faut dire que le manque de personnel et d'infrastructure au niveau local accentué par une très forte concentration des spécialités à Dakar a des conséquences énormes en matière d'accès aux soins. La concentration de ces hôpitaux à Dakar couplée avec celle des Professeurs de médecine est l'un des axes importants autour duquel la réflexion doit être menée. Cette concentration constitue un problème sans la résolution duquel on ne saurait jamais aspirer à une offre de qualité et incidemment à une accessibilité de la population aux soins hospitaliers. Cette situation est la résultante d'une mauvaise répartition des structures hospitalières et des personnels de santé ainsi que des équipements de haute technologie, ce qui dès lors crée un déséquilibre de la carte sanitaire avec une trop forte concentration à Dakar.

Paragraphe 2 : Une offre de soins difficilement accessible.

362. L'accessibilité aux soins n'est pas une chose acquise en Afrique sub-saharienne si on se réfère du moins au concept selon lequel l'accessibilité aux soins est la possibilité offerte à la population de bénéficier des soins de qualité à chaque fois que de besoin, du fait de la proximité des structures, des coûts abordables des prestations, des facilités de communications et de l'existence de manière globale de repères socioculturels pour les patients dans l'espace du service sanitaire. Généralement, l'accessibilité aux soins est appréciée sous les angles financier et géographique. Cette démarche dans le contexte africain paraît réductrice en ce qu'elle occulte d'autres éléments tels que la disponibilité des ressources humaines de qualité, des infrastructures et des équipements adéquats. Il s'y ajoute également les facteurs socioculturels à savoir la conception de la population africaine de la maladie et des établissements et techniques modernes de soins.

A : Une accessibilité financière.

363. La réforme hospitalière met l'accent sur l'accessibilité financière⁴⁰⁶ des soins à la très grande majorité de la population parce que les dépenses des malades liées aux hospitalisations sont importantes et parfois contraignantes. Cependant, il faut reconnaître que le système sénégalais de santé dans son ambition de donner accès aux services de soins à la population, rencontre un ensemble de difficultés notamment financières, ce qui naturellement ne milite pas en faveur de la couverture sanitaire. Face à l'impossibilité de l'Etat à faire face à

⁴⁰⁶ A ce titre l'article 8 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière dispose que « le service public hospitalier garantit à tous un accès équitable aux soins » ; et mieux, son exposé des motifs va réaffirmer que « les missions de service public hospitalier s'inscrivent avant tout dans l'obligation qui est faite aux hôpitaux d'assurer un accès équitable de l'ensemble de la population à un minimum de soins. Il s'agit pour les établissements d'offrir des prestations de qualité à un meilleur coût possible ». Aussi, l'exposé des motifs de la loi n° 98-12 du 2 mars 1998, relatif à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé dispose que « la mission du service public de santé doit permettre à tout individu d'avoir accès aux soins, à un coût compatible avec ses ressources ».

la prise en charge de sa population en matière de soins, celle-ci est obligée de prendre toute seule en charge le financement de ses soins directement ou indirectement lorsqu'elle est affiliée à une institution de prévoyance maladie.

364. Concernant le financement indirect, comme précédemment évoqué, seuls les travailleurs du secteur formel en bénéficient. Une assurance santé qui ne profite guère aux bénéficiaires. Par ailleurs, ceux du secteur informel pourtant plus nombreux au Sénégal ne bénéficient d'aucune prise en charge sociale leur permettant de pouvoir se soigner convenablement. Ils ne sont affiliés ni à la caisse de sécurité sociale ni à une mutuelle de santé et ne bénéficient pas non plus d'assurance maladie. Pourtant le droit à l'égal accès aux soins fait partie intégrante du droit à la protection de la santé. Cela signifie que tout un chacun, indépendamment de ses conditions de ressources financières, doit pouvoir bénéficier de l'accès aux soins⁴⁰⁷. C'est pourquoi la loi 98-08 du 2 mars 1998 dispose que « *le service public hospitalier a l'obligation de garantir à tous l'accès aux soins* ». Cette obligation faite aux établissements de santé d'assurer un accès équitable à l'ensemble de la population à un minimum de soins les oblige à offrir des prestations de qualité au meilleur coût possible, d'assurer le traitement des cas d'urgence avant toute formalité administrative et de prendre en charge les patients qui ont été référés par une structure sanitaire publique ou privée. Malheureusement, aucune mesure concrète n'est prise pour rendre effective cette disposition contrairement à la France où le législateur est intervenu à différentes reprises pour réduire les inégalités sociales en matière d'accès aux soins. La mesure la plus significative est la loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle⁴⁰⁸. L'article premier de cette loi dispose que : « *il est créé pour les résidents de la France métropolitaine et les départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais* ».

⁴⁰⁷ Anne Laude, Bertrand Mathieu et Didier Tabuteau, *Le droit de la santé*, 2^{ème} édition, Thémis 2009, p. 314.

⁴⁰⁸ Loi n° 99-141 du 27 juillet 1999 portant sur la création de la CMU, JO du 28 juillet 1999.

365. Dans le financement direct, c'est-à-dire le cas où les dépenses de santé sont supportées individuellement par les patients ou leurs proches⁴⁰⁹, on remarque une dénonciation de plus en plus fréquente du coût des soins offerts par les différentes structures publiques de santé hospitalières. A titre illustratif, lors d'une enquête menée dans les hôpitaux, 54% des patients interrogés, trouvent les tarifs des prestations de soins très élevés⁴¹⁰. Il faut rappeler que c'est au niveau des structures hospitalières de santé que les marges appliquées sont souvent exagérées⁴¹¹. Le non respect des directives ministérielles rend ainsi vain les efforts déployés par Etat en matière d'offre de soins malgré son important lot de subventions allouées aux établissements chaque année. Ces coûts élevés font que de nombreux malades évitent de se rendre à l'hôpital par crainte de ne pas pouvoir supporter le coût des soins. C'est ce qui a sûrement amené le législateur à prendre des dispositions concernant la prise en charge des personnes démunies à chaque fois que leur état d'indigence est établi⁴¹² même si ces dispositions n'ont pas changé grande chose à la situation de ces personnes⁴¹³.

366. L'accessibilité financière aux médicaments mérite aussi d'être soulevée. A ce niveau, il faut souligner que la population n'a pas les moyens de bien se nourrir, encore moins pour se soigner. Donc acheter des médicaments en pharmacie devient difficile. Ce phénomène

⁴⁰⁹ Rappelons à ce niveau que la solidarité qui est la caractéristique fondamentale de la société africaine et qui permet à la personne de faire face à ses dépenses, telle que la santé, en cas de difficultés, est en train de disparaître faisant de plus en plus place à l'individualisme exacerbé par la crise financière actuelle. Egalement, il est de coutume africaine de faire plus de sacrifices après la mort d'un proche que de son vivant, comme le dit Mariama Bâ dans son Roman « Une si longue lettre » qui dépeint la société Sénégalaise. L'auteur raconte que, « lors de la cérémonie de troisième jour du défunt, des groupes se constituent par affinités, par liens de sang, par quartiers, par corporations. Chaque groupe exhibe sa participation aux frais et personne ne veut donner moins que l'autre ». Ce qui est dommage. Et l'auteur de dire, « combien de morts auraient pu survivre si, avant d'organiser leurs funérailles en festin, le parent ou l'ami l'avait acheté l'ordonnance salvatrice ou payer l'hospitalisation ».

⁴¹⁰ Direction des établissements publics de santé, réforme hospitalière six ans après, op. cit., p. 68.

⁴¹¹ Pourtant l'article 26 de la loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière est clair en ce sens « les recettes générées par les activités des établissements sont fondées sur une tarification des soins hospitaliers. Cette tarification est modulable par délibération du conseil d'administration de l'établissement pour prendre en compte les spécificités régionales dans la limite d'une fourchette fixée par arrêté conjoint des Ministres chargés des finances, de la santé et du commerce ».

⁴¹² Il s'agit de la loi n° 62-29 du 16 mars 1962 qui met à la charge de l'État les dépenses d'hospitalisation des malades indigents précédemment assistés par les communes et la loi 98-08 du 2 mars 1998 qui exige à tous les établissements publics hospitaliers de mettre en place un service social qui se charge de ces questions.

⁴¹³ Beaucoup d'hôpitaux refusent de prendre en charge les patients qui leur présentent le certificat d'indigence. A titre d'exemple nous avons déjà fait état du cas Djim qui s'est vu refuser par le service de la facturation de l'hôpital A. Le Dantec, un certificat d'indigence que lui a remis la préfecture de Dakar en lui répondant ainsi « l'hôpital ne reçoit plus ce type de document ».

social se fait remarquer aussi bien en ville comme en campagne et il est fréquent de voir des individus dans la rue qui tendent leur ordonnance pour solliciter un soutien⁴¹⁴. On remarque aisément que, faute d'avoir les moyens pour acheter tous les médicaments prescrits, les patients ne suivent pas correctement leur traitement. Beaucoup de praticiens font face à cette situation qui entraîne des rechutes fréquentes chez leurs patients. Le suivi des patients devient ainsi un casse tête chinois. Par conséquent, puisqu'il est inimaginable dans les pays du Sud de subordonner, à l'image de la France⁴¹⁵, l'accès aux médicaments à sa prise en charge par l'assurance maladie, il est donc nécessaire de recourir à une sorte de discrimination positive en faveur de certaines couches de la population sans pour autant avoir besoin de passer par la procédure d'établissement de certificat d'indigence qui est une procédure longue et contraignante et qui dans la plupart des cas est sujette à un clientélisme politique, afin de lui assurer l'accès aux médicaments essentiels pour sa santé. Il faut rappeler que toutes les mesures entreprises par l'Etat en matière d'accessibilité aux médicaments ont échoué. La conséquence est que le médicament continue d'être le facteur principal d'exclusion en matière d'offre de soins. Cet état de fait encourage le recours de la population aux marchés parallèles de vente de médicaments prohibés, mettant de ce fait sa vie en danger⁴¹⁶.

367. Pour finir, rappelons que le marché du médicament représente au Sénégal un volume très important et qui est financé à hauteur de 90% par les ménages. Pour soulager ces derniers qui font difficilement face aux dépenses de médicaments, l'Etat a adopté en 1992 l'Initiative de Bamako. Ainsi, le paiement par les usagers dans le cadre de l'initiative de Bamako, avait pour objectif initial d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels devant la chute sensible des dépenses sociales de l'Etat. L'IB aurait permis d'améliorer la disponibilité des médicaments à travers le pays, mais les couches démunies souffriraient toujours des dérapages constatés au niveau de certaines structures sanitaires publiques. En effet, les

⁴¹⁴ Ce cas est bien réel au Sénégal, bien qu'il existe parfois des gens mal intentionnés qui essaient de profiter de cette situation pour en faire leur gagne pain au détriment des vrais nécessiteux.

⁴¹⁵ Anne Laude, Bertrand Mathieu et Didier Tabuteau, op. cit., p.80.

⁴¹⁶ Les médicaments issus des marchés parallèles ont une qualité non avérée du fait de leur mauvaise conservation ou de leur provenance douteuse. La plupart de ces médicaments sont contrefaits et peuvent se transformer en substances toxiques mortelles pour celui qui les consomme car il est connu que le médicament est un Janus à double visage. Il est efficace quand il est bien utilisé mais peut se révéler dangereux quand il est mal utilisé. En Afrique, les médicaments des marchés parallèles sont la cause d'innombrables intoxications, de cécités, de malformations congénitales, d'insuffisances rénales, d'hépatites, bref des complications de tout genre. Cependant, la population quoique consciente du danger n'a pas autre choix que de recourir à ces médicaments car ne disposant pas d'assez de moyens pour s'approprier des médicaments conventionnels souvent trop chers.

médicaments sont vendus dans ces cas avec des marges pouvant atteindre 300% du prix de cession de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)⁴¹⁷. La dévaluation du franc CFA en 1994 a également entraîné une augmentation de 49% du prix de détail des médicaments et une baisse des ventes dans le secteur privé. Certes à la suite de la dévaluation, le gouvernement du Sénégal a procédé à une exonération des taxes sur l'achat des médicaments et à une baisse de la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments, mais les problèmes liés à la disponibilité et à l'accessibilité de ceux-ci demeurent toujours préoccupants.

368. Par ailleurs, on peut légitimement se demander s'il n'est pas avéré que, face aux énormes besoins des familles en nourriture, habillement, transport..., la santé soit reléguée au second plan. Pourtant la santé est primordiale pour tout peuple quel que soit son niveau d'instruction et de revenu. Cependant, devant les différentes charges auxquelles fait face la famille africaine en général grande et pauvre et face à la généralisation du recouvrement des coûts exigé dans les formations sanitaires publiques transformées en centres de santé payant⁴¹⁸, les patients, à défaut de l'automédication ou du recours à la médecine et la pharmacopée traditionnelle, préfèrent s'en tenir à la volonté de Dieu. On peut donc réaffirmer sans risque de se tromper qu'avec l'application de la règle qui veut que « sans argent il n'y ait pas de soins », la population, en particulier indigente, est exclue des structures modernes de santé. En réalité, l'inaccessibilité financière du système de santé sénégalais est une résultante de l'état de pauvreté du pays et de l'incapacité de gestion à tous les niveaux. Pour exemple, on remarque une absence de service d'accueil et d'orientation dans beaucoup de structures de santé, des hôpitaux partiellement équipés, le défaut de moyens logistiques, le problème de transport des patients⁴¹⁹, le traitement des malades en urgence⁴²⁰, l'inefficacité des astreintes de garde⁴²¹ constituent des problèmes sérieux qui inquiètent particulièrement les africains.

⁴¹⁷ Banque Mondiale, *rapport analytique santé et pauvreté au Sénégal*, op. cit., p. 95.

⁴¹⁸ Un patient atteint d'une cataracte et qui devait subir une opération urgente rapporte qu'on lui a refusé l'admission à l'hôpital de Thiaroye parce que tout simplement la nouvelle règle de recouvrement exige un dépôt de caution d'au minimum 60 000FCFA à défaut d'une attestation de prise en charge, pour bénéficier des traitements.

⁴¹⁹ L'évacuation des patients est un vrai casse tête au Sénégal. Ainsi à Dakar où il y a moins de problèmes de moyens de transport grâce à une présence remarquée d'ambulances ou de taxis, la fréquence des embouteillages rend difficile l'évacuation des patients vers les hôpitaux qui malheureusement sont tous concentrés au centre ville. Quant au reste du pays, on note un manque criard de moyens de transport surtout d'ambulances. En général si elles sont disponibles, elles ne sont pas médicalisées pour la plupart ou manquent de carburant et pour les

Ainsi, l'émergence économique des pays du Sud serait la solution pour relever l'état de santé des populations. En attendant cet espoir de développement impulsé par des dirigeants conscients, le système de solidarité traditionnelle conservé dans le cadre de l'immigration reste le seul moyen d'améliorer l'accès des pauvres aux soins. C'est pourquoi, faute de subventions étatiques considérables, l'aide extérieure est la bienvenue⁴²².

B : Une accessibilité géographique.

369. Le problème d'accessibilité géographique des services de soins se pose avec acuité au Sénégal qui compte actuellement une population d'environ 11.000.000 habitants⁴²³. Ce problème devient plus critique lorsqu'on tient compte de la répartition géographique des établissements hospitaliers publics du Sénégal. A ce titre, comme évoqué plus haut, Dakar à elle seule dispose de huit des vingt établissements hospitaliers qui existent dans le pays ainsi que la moitié des médecins. En conséquence, on note un manque énorme de soignants dans certains hôpitaux régionaux où il n'y a ni médecins spécialistes, ni de structures adéquates pour accueillir les patients. Le peu de spécialistes et de spécialités qui existe est concentré à Dakar, laissant les hôpitaux régionaux dans l'incapacité de fournir des soins spécialisés à la hauteur de leur rôle de structures de référence régionale. La neurochirurgie n'existe qu'à Dakar. Donc un malade à Ziguinchor qui a une tumeur au cerveau risque la mort. Ailleurs, il n'y a même pas de scanner permettant le diagnostic de cette tumeur, atteste docteur Mendy du

mobiliser, il n'est pas rare de voir des responsables de certaines structures publiques de santé demander la prise en charge du carburant de l'ambulance par le patient.

⁴²⁰ 4 lits pour les urgences, par exemple, à l'hôpital de Fann.

⁴²¹ Il semble que certains Médecins-chefs de poste interdisent qu'on les réveille la nuit.

⁴²² Samba Thiam, « Santé et discrimination : le cas du Sénégal », art. cit., p. 17.

⁴²³ Pourtant, en analysant au premier degré, on a tendance à déduire que la plupart des structures de santé ne présentent pas de problèmes d'accessibilité physique. Elles se situent pour l'essentiel en bordure de route et sont aisément accessibles par le patient quel que soit le mode de locomotion. Toutefois, l'analyse des fréquentations de ces structures montre que la plupart des patients provenaient d'endroits forts éloignés. Pour exemple, l'hôpital Ibrahima Niassé de Kaolack, du fait de sa position géographique (il se situe au centre du pays), polarise Diourbel, Fatick, Touba, Tamba, Kolda et même la Gambie et la Guinée Bissau. Pour toutes ces zones précitées, il n'existe pas de spécialités comme la cardiologie ou l'urologie et leur seul recours est Kaolack.

centre de neurologie de l'hôpital Fann⁴²⁴. Au même moment on rencontre dans certaines zones rurales, des structures de santé bien équipées d'outils performants grâce surtout à l'aide de la coopération internationale ou de dons mais sous exploités à cause du personnel spécialisé qui fait défaut. C'est l'exemple de l'hôpital de Nénéficha⁴²⁵ à Tambacounda qui bénéficie d'un grand investissement de matériel hospitalier mais qui demeure sous-exploité car il n'y a pas assez de praticiens qui désirent y être affectés à cause de son enclavement.

370. En effet, le malade, dans la plupart des cas, doit être amené à Dakar. Avant l'arrivée à Dakar, le mauvais état des routes, le manque d'ambulance⁴²⁶ médicalisée, le défaut de transports aériens, la saturation à l'entrée empêchant l'ambulancier de passer, donnent peu de chance de survie au malade dans un état critique. Par exemple, l'hôpital de Sédhiou est à environ 500km de Dakar et à peu près 14 heures de voiture à cause de la traversée de la Gambie⁴²⁷. Dans cet hôpital, le plateau technique ne répond pas à la demande de la population, notamment un seul dentiste pour des milliers de patients. Pendant l'hivernage, les pluies réduisent l'accessibilité à ce service sanitaire de référence de la nouvelle région. Le malade qui s'y rend après avoir parcouru de nombreux kilomètres de son village à l'hôpital, dans une zone où les moyens de transport sont souvent les charrettes et épuisé par la corvée de la route, n'est pas sûr d'avoir les soins escomptés dans un hôpital d'un tel état. La seule alternative, à défaut de vouloir s'en remettre à la volonté de Dieu ou d'avoir recours à la médecine traditionnelle, est de se rendre à Dakar. Cet aspect qui oblige les patients des différentes régions à se ruer vers les hôpitaux de niveau 3 implantés tous à Dakar entraîne une demande que l'offre hospitalière ne saurait satisfaire, créant ainsi un réel engorgement des hôpitaux. Un tel phénomène entame à n'en point douter la qualité de l'offre de soins et les patients en pâtissent sévèrement.

⁴²⁴ Samba Thiam, « Santé et discrimination : le cas du Sénégal », art. cit., p.18.

⁴²⁵ Françoise Yandé Ndour, op. cit., p. 28.

⁴²⁶ Dans ma propre commune, en l'occurrence Marsassoum où habitent plus de 11.000 citoyens et polarisant plus d'une vingtaine de villages, le seul poste de santé qui y existe ne dispose ni de sage femme ni d'ambulance et les malades sont souvent évacués à Sédhiou (environ 55 km) grâce au véhicule de service du président de la communauté rurale de Marakissa, village situé aux environs de Marsassoum.

⁴²⁷ La Gambie est un petit pays enclavé dans le Sénégal. Cet Etat constitue un grand frein pour les passagers qui relient la Casamance à Dakar par voie terrestre. C'est un passage obligé et juste pour une distance de 500km qui sépare la Casamance de Dakar et 38 km de traversée de la Gambie (d'une part et d'autre), il faut compter toute une journée de voyage et ce, à cause des tracasseries policières des deux cotés de la frontière mais aussi de la pénible traversée du fleuve Gambie.

371. La mauvaise répartition des établissements de soins est à déplorer, surtout sachant que la population qui est la plus confrontée aux problèmes de santé est celle du milieu rural. C'est pour cette raison que certaines localités appuyées par les associations des immigrés prennent en charge le financement de leur propre santé en œuvrant à la création de cases de santé ou de maternités de villages, à l'achat d'ambulance, de fourniture d'équipements sanitaires etc. Les exemples de la case de santé d'Ogo, du centre de santé de Coubanaw et de l'hôpital de Touba sont édifiants.

372. Face à ces difficultés qui d'ailleurs sont inhérentes à toutes les régions, il est donc urgent, de la part des autorités publiques, d'assister les collectivités locales à relever le plateau technique et à disposer du personnel de qualité pour leurs établissements en vue de permettre à la population d'avoir sur place toutes les prestations souhaitées pour ne pas avoir besoin de se rendre à Dakar. Il est important aussi que les régions disposent d'établissements publics de santé hospitaliers dignes de ce nom pour permettre à la population locale, qui en réalité est la plus exposée aux maladies, d'être plus proches des hôpitaux pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par ces derniers. Mieux, au lieu de créer des établissements de soins un peu partout pour donner l'image que le Sénégal est un exemple en matière de respect des normes instituées par l'OMS⁴²⁸, il serait préférable de cibler quelques zones d'attraction et d'y implanter des hôpitaux bien équipés, disposant de l'essentiel des spécialités médicales, d'un personnel qualifié et en quantité suffisante. L'Etat doit également opter pour le principe de spécialisation et abandonner le système classique des hôpitaux où partout dans le pays on retrouve la même organisation, alors que la demande de soins diffère d'une région à une autre. A notre avis, il serait donc judicieux d'équiper les structures de soins en fonction du type de pathologies qui frappent le plus couramment les usagers. Ce qui permettra d'une part d'éviter des temps d'attente très longs pour les patients tout en leur permettant d'avoir les soins escomptés et d'autre part d'éviter des charges de travail trop lourdes pour certains praticiens. Il faut dire qu'il est assez fréquent de voir dans les structures de soins des services « assiégés » par les patients alors qu'au même moment d'autres sont quasi vides mettant leurs

⁴²⁸ En réalité la plupart des programmes nationaux de développement en matière de santé n'ont eu en général comme priorité que la construction ou rénovation des structures de soins mais sans les accompagner d'équipements escomptés encore moins le personnel à la hauteur de la demande sociale en matière d'offre de soins. Dès lors la plupart de ces structures ne sont devenues que de simples édifices voués à la ruine. Et, pour exemple en Casamance, comme dans toutes les régions pauvres, plusieurs établissements de soins sont fermés faute de personnel soignant. Aussi, il est fréquent, de trouver dans des hôpitaux des spécialités qui existent mais ne fonctionnent pas faute de spécialiste ou d'équipement.

praticiens dans un « éternel chômage technique ». Pourtant, ces derniers implantés ailleurs permettraient de rendre service aux patients qui auraient besoin de ces types de services.

C : Des freins sociologiques de l'accessibilité aux soins.

373. Les problèmes liés à l'accessibilité aux soins du point de vue psychologique peuvent provenir soit de la structure sanitaire qui ne facilite pas cet accès au malade tout comme du malade lui-même qui ne veut pas s'y rendre pour se faire soigner et cela pour diverses raisons dont les considérations socioculturelles.

374. Les africains ont depuis toujours accordé une grande valeur aux soins de santé car une bonne santé est jugée comme fondant la base du développement et de la croissance de la société. Les notions traditionnelles relatives aux maladies et à leurs origines sont bien établies et peuvent déterminer, quand, où et comment, un traitement sera demandé. Beaucoup de sociétés africaines traditionnelles considèrent que les maladies et affections sont provoquées par l'être humain et/ou par des « esprits »⁴²⁹. C'est pourquoi, les malades ou leur entourage ont pour premier réflexe de se rendre chez un féticheur pour savoir si la maladie n'est pas le fait d'un mauvais sort ou d'un mauvais esprit. De ce fait le malade fera le tour des charlatans avant de voir le médecin. Cette habitude n'est pas toujours payante pour lui car il arrive souvent trop tard à l'hôpital, lorsque l'évolution de la maladie atteint un stade critique. Encore aujourd'hui, comme l'a écrit Boucounta Diallo⁴³⁰, bon nombre d'africains et plus particulièrement, de sénégalais croient que la sorcellerie est étroitement liée à chacun des actes de la vie quotidienne. Ainsi, *« tout événement, maladie ou accident, prend inexorablement à leurs yeux un caractère métaphysique ou, pour tout dire, magico-religieux. Dès lors, on devrait voir dans la chute d'un cultivateur qui fait la cueillette ou dans sa*

⁴²⁹ Dans les régions de Groun au Bénin et de Yoruba au Nigéria, la population estime que la variole est la manifestation d'une puissance surnaturelle, « Segtaba ». C'est, d'après leur mythologie, la punition infligée par la déesse à ceux qui ont provoqué sa colère. Au lieu d'être isolé du reste de la collectivité, le malade est mené de lieu de prière en lieu de prière dans le but d'apaiser la déesse et, parce qu'il est constamment en contact avec les adeptes de « Segtaba », transmettant inutilement la maladie à un plus grand nombre de personnes.

⁴³⁰ Boucounta Diallo, « Les crimes rituels au Sénégal », EDJA n° 10, décembre 1988, p. 4.

morsure par un serpent, ou encore dans la blessure d'un chasseur par un lion, l'expression de forces occultes et malignes. C'est pourquoi le recours au traitement ayant un fondement magico-religieux est très fréquent en Afrique et passe avant tout recours à la médecine dite conventionnelle ». Pire, beaucoup de croyances culturelles africaines établissent une opposition frontale entre la médecine moderne et celle dite traditionnelle. Cette opposition se traduit par une interdiction d'associer le traitement⁴³¹ issu de la médecine traditionnelle à celui proposé par la médecine moderne. Donc pour les guérisseurs africains, il n'y a qu'une seule médecine, la médecine traditionnelle. Ainsi, il est courant de voir les malades et leur entourage adhérer totalement à cette croyance. Ainsi, passer outre, ce serait défier les esprits, et risque ainsi sa vie⁴³².

375. La mauvaise réputation de certaines maladies telles que le Sida ou les maladies congénitales dans les sociétés africaines qui restent toujours ancrées dans les traditions ancestrales, décourage certains patients à se rendre dans les établissements de soins de peur d'apprendre qu'ils souffrent de telles pathologies⁴³³. En Afrique, l'imaginaire populaire associe l'amaigrissement progressif aux signes de la maladie du Sida. Donc le simple fait de maigrir, quand bien même, l'on souffrirait du paludisme, amène l'entourage à soupçonner cette maladie. Cette situation ne milite donc pas en faveur de l'accès aux soins et du combat contre certaines maladies comme le VIH. Imaginons, que ces maladies soient acceptées par les traditions et croyances africaines, combien de personnes pourraient être sauvées ou épargnées.

⁴³¹ C'est le traitement des maladies par des « tours », commandés par le génie protecteur, l'esprit de la famille, un animal ou une abeille qui la protège. Le professeur Samba Thiam dans son article déjà cité, rapporte les propos de Robert Randant qui souligne qu'il est curieux de constater que chaque famille de Saint-Louis, même d'origine européenne et demeurée sans mélange de sang noir, a un animal qui la protège, cet animal s'appelle « tour ».

⁴³² Pour apaiser la colère des esprits (au Sénégal se sont les « rabs » qui incarnent les esprits ancestraux), on doit faire des offrandes, en versant du lait par terre, en sacrifiant un mouton ou un coq dont le sang est versé dans le marigot ou dans le fleuve, etc.

⁴³³ Face à une culture fondée sur l'oralité, la mauvaise conception de la maladie est une source d'exclusion du malade tout comme les membres de sa famille. Il est donc fréquent dans certaines zones reculées du pays de voir les parents interdire à leur enfants de se rendre dans telle ou telle concession parce qu'il y a une maladie grave sans même s'assurer de la transmissibilité ou non de celle-ci.

376. En réalité ce sont ces croyances qui favorisent, entre autres, la prolifération de beaucoup de maladies au sein de la famille ou de la société africaine en général. Par exemple, le christianisme interdit l'utilisation du préservatif⁴³⁴ et l'islam, à son tour, interdit à la femme de refuser les rapports sexuels sollicités par son mari, en dehors de toute procédure de divorce. De plus, une femme qui refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari, même sur lequel pèse des soupçons de contamination par le VIH⁴³⁵, provoque une source de tension où parents et entourage de l'époux s'y mêlent, créant ainsi une psychose chez la femme qui, de peur d'être victime de la vindicte populaire finit par céder à ses risques et périls. Partant de ce constat, on comprend aisément les propos de Didier Sicad⁴³⁶ lorsqu'il conclut qu' « *en Afrique, voire même en Asie, la transmission du Sida est favorisée par les traditions culturelles* »⁴³⁷.

⁴³⁴ Déjà en 1968, l'Eglise avait expressément interdit les préservatifs, considérés comme moyen artificiel de contraception. Et plus récemment, dans l'avion qui l'amenait au Cameroun et en Angola le 17 mars 2009, le Pape Benoît XVI avait déclenché une vive controverse, en déclarant que l'usage du préservatif aggravait le problème du Sida. Face à la polémique suscitée par son hostilité au préservatif en pleine pandémie du Sida, l'Eglise a adouci sa position, se contentant de soutenir son dogme sur l'acte sexuel, à savoir, la pleine communion spirituelle et corporelle entre deux personnes. Ainsi, dans son livre d'entretien « *Lumières du monde* » paru le 23 novembre 2010, Benoît XVI a tenu des propos inédits pour un pape, concédant que l'utilisation du préservatif peut être utile « dans certains cas » quand l'intention est de réduire le risque de contamination, cela peut quand même être un premier pas pour ouvrir la voie à une sexualité plus humaine, vécue autrement ». Par ailleurs, certains comme Dominique Quinio directrice de la rédaction de "La Croix" (parution du 23 novembre 2010), considèrent que les propos de Benoît XVI, ne doivent pas être interprétés comme une évolution du dogme de l'Eglise en matière de contraception, mais juste une réponse aux critiques émises contre le souverain pontife à l'occasion de son voyage en Afrique. Les propos tenus par le Pape, très largement repris et commentés, avaient provoqué l'ire des organisations chargées de lutter contre l'épidémie du Sida en Afrique subsaharienne, où plus d'une vingtaine de millions de personnes seraient infectées par ce virus. Le Pape a mal vécu les réactions qui ont suivies cette déclaration, raconte Dominique Quinio. Il a été blessé que l'Eglise soit en retour perçue comme un monstre inhumain.

⁴³⁵ Beaucoup de femmes au Sénégal sont atteintes de Sida par le biais de leurs époux résidant à l'étranger. Comme ce fût le cas de cette femme vivant avec le VIH qui a raconté son calvaire à l'animateur de Seneweb radio Mamadou Ndoeye Bane lors d'une interview accordée le vendredi 29 avril 2011. On peut entendre sont cri de cœur en ces mots : « mon ex-mari un grand patron émigré à l'étranger m'a transmis le sida en 1997, depuis lors, je vis avec mes deux enfants (non porteur du virus) dans un calvaire sans précédent ». Elle finit son témoignage en sanglot en laissant entendre ces bouleversantes paroles pleines de sens : « je supplie les hommes et femmes porteurs du virus de ne pas transmettre volontairement le VIH/Sida, sous peine de devenir des criminelles ».

⁴³⁶ Propos rapporté par Samba Thiam dans son article : « Déontologie médicale et tradition africaine » in Actes du Colloque national *Droit, Histoire, Médecine*, Aix En Provence, 1^{er}-2 décembre 2006, p.17.

⁴³⁷ La transmission du Sida par des personnes ayant connaissance de leur séropositivité n'a jamais fait l'objet d'un contentieux au Sénégal. Pourtant dans certains pays le juge n'hésite plus à retenir la responsabilité d'une personne transmettant volontairement le VIH à ses partenaires. A cet effet, le quotidien Seneweb du 27 mars 2011 nous rapporte le procès en France d'Emmanuel Baudard qui a été condamné à cinq ans de prison dont deux avec sursis et mise à l'épreuve par la Cour d'assises du Bas-Rhin où il comparait pour « *administration de substances nuisibles suivie d'infirmité permanente par concubinage* ». Egalement, ce quotidien dans sa parution du mardi 2 août 2011, fait état d'un procès similaire au Canada où un homme en l'occurrence Johnson Aziga, quinquagénaire d'origine ougandaise, avait été reconnu coupable en avril 2009 de *meurtre avec préméditation pour avoir transmis en connaissance de cause le virus du Sida à des femmes* (ce qui a constitué une première au Canada). Il avait reconnu avoir eu des relations sexuelles non protégées avec onze femmes, qu'il n'avait pas informées de sa séropositivité constatée en 1996. Deux de ces femmes sont mortes d'affections liées au Sida et

Ce propos a été réitéré par le docteur Ibra Ndoeye, coordonnateur du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) au cours de l'atelier de plaidoyer pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH/Sida, initié par l'Association des femmes juristes, le mardi 5 juillet 2011. Il a révélé que mille à mille deux cents enfants naissent chaque année avec le virus du sida au Sénégal. Cependant, d'après lui, cela pourrait être évité si un dépistage préventif était effectué au moment de la grossesse. Le docteur Ibra Ndoeye ajoute: *« mais, pour y arriver, nous avons besoin de convaincre les conjoints qui provoquent la réticence en empêchant les femmes d'aller se faire dépister. Nous avons les moyens, avec notre personnel de santé et avec les antirétroviraux, d'arriver à éliminer la transmission de la mère à l'enfant. Car, dans la plupart des pays développés, on est arrivé à cela. Et nous pensons qu'il est inacceptable que nous ayons des contaminations aussi importantes surtout en Afrique subsaharienne. Mais pour cela, il faudra au préalable vaincre les contraintes socioculturelles et religieuses qui bloquent le dépistage volontaire »*⁴³⁸.

377. Le recours aux guérisseurs traditionnels n'est certes pas mauvais dans tous les cas, mais peut avoir des conséquences néfastes sur la santé de la population. Ces habitudes fétichistes des africains entraînent les retards de diagnostic et de prise en charge des malades. Cet état de fait est ainsi à l'origine de beaucoup de décès chez les malades qui ne consultent le médecin que très tardivement. C'est ce qui a amené les spécialistes de la médecine moderne à remarquer qu' *« un taux élevé de mortalité est imputé à une gamme de forces sociales et culturelles qui privent les personnes vulnérables, notamment les femmes, du droit à la santé »*⁴³⁹. Mais comment peut-on remédier à cette situation sachant que les seuls praticiens proches de la population sont ceux de la médecine traditionnelle. Comme nous l'avons évoqué plus haut, ce n'est pas, à notre avis, la médecine traditionnelle en tant que telle qui est dangereuse pour la santé de la population, mais, c'est le fait qu'elle reste envahie par les pratiques malhonnêtes du charlatanisme, faute d'encadrement légal.

sept autres sont devenues séropositives. Ces exemples doivent inspirer les autorités africaines car dans ce continent la transmission volontaire du VIH est fréquente et son impunité pose un problème de santé publique.

⁴³⁸ Walfadjiri du mercredi 6 juillet 2011, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 6 juillet 2011.

⁴³⁹ C'est ce qui découle du rapport présenté par des organisations non gouvernementales, telles que le Centre pour le droit et les politiques en matière de santé reproductive (CRLP) et le Groupe de recherche femmes et lois au Sénégal (GREFELS), août 2001.

Il est du rôle de l'Etat de jouer sa partition dans ce cas. Mais, les efforts déployés sont minimes si ce n'est que de simples déclarations d'intention. Cette léthargie des autorités sanitaires face à la prolifération des faux charlatans est inquiétante et mérite d'être soulevée. Aujourd'hui, ce qu'on attend des autorités c'est qu'elles mènent des campagnes d'information et de communication jusque dans les contrées les plus reculées du pays. Et ceci pour encourager la population à aller vers les structures de soins en cas de problème de santé et à refuser de se laisser dépouiller par des charlatans ou faux marabouts, au lieu d'organiser des colloques dans des hôtels huppés de Saly, sur la médecine traditionnelle, qui n'aboutissent à rien. Mieux, l'Etat doit prendre rapidement des mesures pour réglementer cette médecine et prévoir des sanctions en cas de non respect des règles prévues en ce sens à l'image de l'exercice illégal de la médecine telle que définit par la loi n°66-69 du 4 juillet 1966 relative à l'exercice de la médecine et à l'ordre des médecins⁴⁴⁰. Cette loi considère dans son article 4, *« qu'exerce illégalement la médecine toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement de la maladie ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, sans être titulaire de l'un des diplômes visés à l'article 1^{er}-1⁴⁴¹, ou bénéficiaire de l'autorisation visée par l'article 2, à ci-dessus⁴⁴², en cours de validité [...] »*. Ainsi, cette loi après avoir posé les conditions dans lesquelles est interdit l'exercice de la médecine, a prévu

⁴⁴⁰ JORS du 6 juin 1966, n° 3835, p. 861-865.

⁴⁴¹ Selon cette disposition « nul ne peut exercer la profession de médecine s'il n'est : titulaire soit du diplôme d'Etat sénégalais de docteur en médecine, soit d'un diplôme étranger reconnu équivalent en application des dispositions en vigueur en matière d'enseignement supérieur ».

⁴⁴² Selon l'article 2, « par dérogation aux dispositions de l'article premier, peuvent être autorisés à exercer la médecine au Sénégal, à l'exclusion de toute activité privée de type libérale :

a) les médecins étrangers ne remplissant pas les conditions prévues au 2° dudit article (être de nationalité sénégalaise ou ressortissant d'un Etat ayant passé avec le Sénégal une convention impliquant le droit d'établissement au Sénégal des médecins nationaux du dit Etat ; les ressortissants des pays non francophones devront justifier d'une connaissance suffisante de la langue française), ou titulaire d'un diplôme ne satisfaisant pas aux conditions prévues au 1°, sous réserve que ce diplôme leur confère le droit d'exercer légalement la médecine dans leur pays d'origine, et qu'ils exercent leur art exclusivement dans les dispensaires, hôpitaux et maternités gérés par une œuvre confessionnelle ou non exerçant régulièrement son activité au Sénégal, sous la responsabilité de ladite œuvre et sous le contrôle de l'administration ;

b) les médecins ne remplissant pas les conditions de nationalité prévues au 2° de l'article premier engagés par contrat de travail pour assurer le service médical d'entreprises commerciales ou industrielles. Dans ce dernier cas, la dérogation ne sera accordée que si le défaut de praticiens remplissant les conditions de l'article premier (au-delà des conditions de nationalité et de diplôme, l'article 1^{er} fait état de l'obligation d'inscription au tableau de l'ordre des médecins) est constaté dans les conditions fixées par décret ».

des sanctions à l'encontre de toute personne qui s'adonnera à cette pratique. A cet effet, l'article 5 de la loi de 1966 punit l'exercice illégal de la médecine « *d'une amende allant de 20 000 à 100 000 F et d'un emprisonnement de un à six mois, ou de l'une des deux peines seulement. En cas de récidive, les peines seront doublées, et l'emprisonnement sera obligatoirement prononcé. Le tribunal pourra en outre priver l'intéressé des droits énumérés à l'article 34 du Code Pénal*⁴⁴³ pour une durée de cinq ans au plus. Pourra enfin être prononcée la confiscation du matériel ayant permis l'exercice illégal ».

378. Par ailleurs, il faut rappeler que le système de soins est aussi l'expression de toute une conscience collective, de tout un édifice socioculturel fait de certitudes séculaires et de pratiques éprouvées. Par conséquent, le rejet du charlatanisme et le recours à la médecine moderne supposent une certaine proximité d'avec l'univers culturel l'ayant généré. Dès lors, l'école occidentale, par qui ces paradigmes nouveaux (puisque extérieures à notre société) sont introduits, revêt un intérêt certain à notre avis. Ainsi, par rapport au système d'organisation africain, calqué sur le modèle occidental, l'instruction, surtout de la femme, reste le seul moyen de combattre les préjugés et de faciliter le recours par la population aux structures de soins. Il est aujourd'hui admis que, c'est l'environnement familial qui, plus que tout autre, détermine l'itinéraire thérapeutique⁴⁴⁴. Surtout sachant que la femme, pilier de cette entité de base qu'est la famille, reste encore peu instruite. Par ailleurs, de nombreuses études ont démontré qu'un niveau d'instruction plus élevé conduit la femme à se détacher des croyances et traditions orales permettant l'éloignement des vieilles et inopportunes méthodes

⁴⁴³ Selon l'article 34 du Code pénal issu de la loi n° 77-33 du 22 février 1977 : « les tribunaux jugeant correctionnellement pourront, dans certains cas interdire, en tout ou en partie, l'exercice de droits civiques, civils et de famille suivants : 1) de vote ; 2) d'éligibilité ; 3) d'être appelé ou nommé aux fonctions de juré ou autre fonctions publiques, ou aux emplois de l'administration ou d'exercer ces fonctions ou emplois ; 4) du port et de détention d'armes ; 5) de vote et de suffrage dans les délibérations de famille ; 6) d'être tuteur, subrogé tuteur ou curateur ; 7) d'être expert ou témoin sauf pour donner en justice de simples renseignements. Lorsque la peine d'emprisonnement encourue sera supérieure à cinq ans, les tribunaux pourront prononcer pour une durée de dix ans de plus, l'interdiction totale ou partielle des droits énumérés ci-dessus. Lorsque la peine d'emprisonnement prononcée sera supérieure à cinq ans, l'interdiction définitive de tous les droits devra obligatoirement être prononcée, l'interdiction prendra effet à compter du jour où la condamnation sera devenue définitive.

⁴⁴⁴ Ce concept sous-tend d'abord, au Sénégal, les rapports de distance entre les lieux de résidences et les services d'accueil (l'accessibilité géographique aux établissements de soins), ensuite les types de traitement (modernes et/ou traditionnels). Pour ce dernier point la grande question qu'on se pose et qui mérite réflexion est de savoir : la population consulte-t-elle exclusivement le médecin ou le tradithérapeute ou encore ne s'adonne-t-elle qu'à l'automédication (médicaments ou pharmacopée) ?

L'itinéraire thérapeutique renseigne ainsi sur les parcours des patients qui peuvent passer d'un établissement à un autre du même système de santé ou de systèmes différents. Il renseigne aussi sur les types de traitement qui sont fonction de plusieurs éléments concomitants à savoir le niveau d'instruction, les possibilités financières, la structure familiale, l'accessibilité géographique d'une structure à une autre etc.

de soins. Ces observations se précisent à travers des enquêtes sociodémographiques qui révèlent que le taux de mortalité infanto-juvénile au Sénégal varie en fonction du niveau d'instruction des mères passant de 159% à 80,1% pour les plus instruites⁴⁴⁵.

379. En outre, la culture et le groupe ethnique ont une telle influence sur l'état de santé que même lorsque l'on élimine les obstacles structurels qui existent dans le secteur de la santé, il est peu probable que les résultats souhaités puissent être atteints s'il est fait abstraction de cette réalité sociale. De ce fait, les responsables de l'action publique auront d'autant plus de chance de mener à bien les mesures qu'ils adoptent lorsqu'ils prêteront attention à ces questions. Les prestataires de soins de santé seront aussi moins enclins à témoigner d'une certaine ambivalence à l'égard de la médecine traditionnelle et les malades hésiteront probablement moins à choisir la médecine moderne par rapport aux soins proposés par des guérisseurs.

380. Il faut rappeler en concluant cette section que les maux dont souffre le système sénégalais de santé sont tels qu'il est impossible d'atteindre avant longtemps une offre de soins satisfaisante. On constate à cet effet, une grande inadéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population tant sur le plan de la demande sociale que sur le plan du coût et de l'accessibilité géographique, ce qui ne favorise pas l'accès aux soins de la population surtout défavorisée. Une telle situation encourage par conséquent le développement du charlatanisme, ce qui entraîne des conséquences énormes pour les pauvres qui, faute de moyen et de solution et laissés à leur propre sort, sont condamnés à recourir à une telle pratique avec tout ce qu'elle comporte comme risques, alors que les riches, quant à eux, peuvent se rendre dans des structures privées de soins très coûteuses mais ayant l'avantage de présenter des plateaux techniques de qualité et des compétences reconnues, ou encore mieux, se rendre à l'étranger pour se faire soigner.

⁴⁴⁵ Boubacar Sow, Salif Ndiaye, Aliou Gaye, Amadou Hassane Sylla : « Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé pour 1999 (ESIS) », Études menées sous l'égide de la Direction des Études, de la Recherche et de la Formation du Ministère de la Santé en collaboration avec Macro International Inc. de Calverton, Maryland, USA ainsi que du Groupe SERDHA (Services d'Études et de Recherche pour le Développement Humain en Afrique) Dakar, Sénégal, juin 2000.

Des portes d'accès aux soins comme le dit Emmanuel Vigneron doivent être maintenues ouvertes⁴⁴⁶. Pour se faire, il ne s'agit pas de construire des structures de soins de tout bord comme nous l'avons vu plus haut, mais de construire quelques grandes structures hospitalières de référence bien réparties dans le pays qui, non seulement vont disposer d'une technologie de pointe et d'un personnel qualifié et suffisant, mais aussi constituer des centres d'attraction pour la population des régions proches. Il s'agit par exemple de rénover, d'équiper, de construire ou d'agrandir l'hôpital régional de Saint-Louis qui va constituer un centre d'attraction de toute la zone nord, de l'hôpital régional de Kaolack pour l'ensemble des régions du centre et de certains pays limitrophes comme la Gambie, de l'hôpital régional de Tambacounda pour toute la zone orientale et pour servir également d'arrière base aux populations vivant de l'autre côté de la frontière en République Guinéenne et de l'hôpital régional de Ziguinchor qui permettra non seulement de désenclaver la zone sud, de pouvoir prendre en charge les victimes du conflit armé de la Casamance (surtout de mines anti-personnelles), qui souvent, faute d'équipements et de moyens de transport sanitaire, meurent ou voient leur état s'aggraver avant d'arriver à Dakar, mais aussi de faciliter l'accès aux soins à la population des pays limitrophes tels que la Guinée Bissau ou la Gambie où l'offre de soins est au plus bas niveau.

Cette solution nous semble être la meilleure pour combattre les disparités qui existent en matière sanitaire et éviter ainsi à la population d'être obligée de se rendre forcément à Dakar pour avoir une prise en charge à la hauteur de leur pathologie. Ce problème d'accessibilité géographique ainsi résolu, les autorités doivent, puisque les Etats africains n'ont pas encore les moyens d'assurer une couverture maladie universelle à leurs populations, faire en sorte que le coût des prestations soit à la portée de la population, quitte à subventionner certaines prestations qui coûtent extrêmement chères telle que la prise en charge du cancer, des insuffisances rénales, du diabète etc.

Il faut retenir, que le système moderne de santé est un édifice socioculturel importé. Il devrait ainsi prôner une certaine proximité avec l'univers culturel africain afin de permettre à la population d'adhérer dans leur conscience collective à cette donnée incontournable pour leur santé et d'abandonner certaines pratiques réprouvables des coutumes et médecines traditionnelles.

⁴⁴⁶ Emmanuel Vigneron, *Les inégalités de santé dans les territoires français*, état des lieux et voies de progrès, Édition Masson 2011, p. 99.

Section 2: Une inadéquation dans la gestion des ressources humaines.

381. Pour prodiguer des soins, il faut des soignants et du matériel nécessaire. Cependant au Sénégal la carence en matériel et en ressources humaines participe au ralentissement du processus d'amélioration de l'accessibilité aux soins. La carence en ressources humaines est du point de vue quantitatif marquée au-delà de l'insuffisance du personnel par un déséquilibre dans le déploiement. A cet effet, la majeure partie du personnel reste regroupée dans les grandes agglomérations et ce, pour des raisons d'ordre financier, familial ou de carrière. Du point de vue qualitatif, cette carence est marquée par un manque criard de généralistes et de spécialistes, malgré que le pays dispose d'une Faculté de médecine de renom⁴⁴⁷. Il faut également noter qu'au Sénégal, le management des ressources humaines fait défaut. Cette mauvaise gestion des ressources humaines se ressent dans les difficultés de recrutement et dans l'absence d'un réel système de motivation dont un plan de carrière à offrir au personnel de santé, entraînant dès lors des conséquences énormes telles que la fuite des cerveaux et la pénurie du personnel sanitaire.

⁴⁴⁷ Il est regrettable que la Faculté de médecine de Dakar favorise beaucoup plus des étudiants étrangers dans le cadre d'un « soit disant » coopération au détriment des étudiants sénégalais qui ont du mal à se faire accepter pour des motifs peu fondés, à savoir avoir une moyenne élevée au baccalauréat. Les gens nous diront que même en France l'accès à la médecine est sélectif. Mais le contexte n'est pas le même car non seulement en France c'est à l'issue de la première année qu'un concours est organisé pour déterminer ceux qui sont aptes à poursuivre cette étude, mieux aucune formation de prestige de ce pays n'abrite plus d'étrangers que de nationaux. Il serait donc aberrant de dire que les étudiants qui ne sont pas acceptés n'ont pas le niveau. Donc pour éviter toute discrimination, il serait plus équitable d'organiser un concours.

Paragraphe 1 : Un personnel de santé insuffisant.

382. Le Sénégal n'échappe pas à ce lourd handicap si caractéristique des pays du tiers monde. Le problème de personnel découle de l'aspect quantitatif comme de l'aspect qualitatif et est ressenti tant au niveau des centres hospitaliers universitaires qu'au niveau des hôpitaux régionaux ainsi que dans les infrastructures sanitaires de base. La relève après le départ à la retraite du peu de praticiens qui étaient disponibles n'est pas assurée d'où un effectif de praticiens en perpétuelle diminution. Mais pire, le secteur public de santé est de plus en plus confronté à une défection des praticiens spécialisés entraînant ainsi un déficit de spécialistes. On note également un grand déficit du personnel administratif qualifié au niveau des services de santé.

A : Effectif de praticiens en perpétuelle diminution.

383. L'effectif du personnel de santé est insuffisant et ne cesse de baisser à tous les niveaux de soins. Cette situation préoccupante est liée non seulement à un manque de réelles politiques de développement des ressources humaines mais aussi aux restrictions budgétaires imposées aux pays en voie de développement par le FMI⁴⁴⁸. Ainsi, à la suite de cette

⁴⁴⁸ Le FMI et la Banque Mondiale ont, au cours de la décennie 80-90, imposé à bon nombre de pays en voie de développement une politique d'ajustement structurel, justifiée par la nécessité de la solvabilité des Etats. Cette politique est un ensemble de dispositions dont certaines agissent sur la conjoncture et d'autres sur les structures et qui résultent d'une négociation entre un pays endetté et le FMI pour modifier le fonctionnement économique du pays. Il conditionne, à cet effet, une révision de la dette à la mise en place de réformes qu'il considère pérennes. Il faut dire que les politiques d'ajustement structurel sont construites sur trois objectifs fondamentaux: retour à l'équilibre budgétaire, à l'équilibre de la balance commerciale et à l'équilibre de la balance des paiements. Par ailleurs, il faut remarquer que ces politiques dites d'ajustement structurel imposées aux pays africains en les contraignant pour la plupart à réduire leurs dépenses en matière de santé et d'éducation, ont eu des conséquences dramatiques. La déliquescence des services publics, commencée avant l'ajustement, mais amplifiée par celui-ci, se constatait en particulier dans les services de santé. Ainsi la proportion de la population n'ayant pas accès aux soins modernes devient très élevée faute de moyens de la part des Etats pour construire, équiper et disposer des structures de santé de personnel qualifié et en quantité suffisante.

restriction, accentuée par la dévaluation du franc CFA en 1994⁴⁴⁹, le nombre d'agents au Sénégal est passé de 5304 en 1993 à 4813 en 1994 soit une diminution de 8% selon le rapport de la Division de la Statistique Sanitaire pour les années 1994 et 1995. Heureusement, malgré les restrictions budgétaires, le ministère chargé de la santé a bénéficié d'un quota spécial pour le recrutement annuel des différents personnels de santé dans l'optique de résorber le déficit constaté. Il a ainsi été permis au ministère chargé de la santé de recruter 250 agents par an de 1996 à 2001. Si ces recrutements n'avaient pas été autorisés, le ministère aurait été amputé du cinquième de ses agents en l'an 2000. De nos jours la situation a nettement évolué car selon les résultats du recensement réalisé par la direction des ressources humaines du ministère de la santé en juin 2009 et de l'atelier de partage et de validation des données effectué en 2010, les ressources humaines, tous statuts et toutes catégories socioprofessionnelles confondus sont estimées à environ 14.463⁴⁵⁰.

384. Par ailleurs, malgré les efforts consentis, la situation est loin d'être satisfaisante comparée aux normes de l'OMS. Selon le rapport publié en 2009 par l'Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie (ANSD), le Sénégal dispose d'un hôpital pour 495 598 habitants et d'un centre de santé pour 152 492 habitants, alors que l'OMS préconise un hôpital pour 150 000 habitants et d'un centre de santé pour 50 000 habitants, rappelle Diacounda Sène⁴⁵¹. Il faut rappeler que le déficit de personnel qui ne cesse d'augmenter d'années en années est accentué par une mauvaise maîtrise de la situation du personnel de santé. A titre d'illustration, les agents décédés ou retraités trouvent difficilement des

⁴⁴⁹ Le 11 janvier 1994 à Dakar (Sénégal), en présence du Directeur général du FMI (M. Camdessus) et du Ministre français de la coopération (M. Roussin), les chefs d'Etats et de Gouvernements des pays de la Zone Franc ont décidé de dévaluer de 50 % la parité du Franc CFA par rapport au Franc français. La valeur du Franc CFA passait ainsi de 0,02 FRF à 0,01 FRF. Cette dévaluation est intervenue, après l'échec des tentatives d'ajustement réel. Il faut remarquer que le retournement, à partir de 1985, des cours des principales matières premières exportées par les pays africains de la zone franc, conjugué à la dépréciation du dollar a mis un terme à une longue période de croissance soutenue. Entre 1985 et 1992, les termes de l'échange se sont dégradés pour l'ensemble de ces pays de 45 % environ. Les recettes à l'exportation se sont ainsi fortement contractées, provoquant une chute des recettes budgétaires, fortement dépendantes des taxes sur le commerce extérieur. L'incapacité des gouvernements à réduire les dépenses budgétaires qui avaient sensiblement progressé en période de haute conjoncture, s'est traduite par un creusement des déficits. De surcroît, plusieurs pays ont continué à recourir à l'endettement extérieur afin de financer l'achèvement de projets lancés au cours des années précédentes. Cependant cet espoir tant attendu n'a été que de courte durée car les difficultés économiques et financières des pays de la Zone Franc vont resurgir rapidement entraînant par conséquent l'incapacité, entre autres, des Etats à recruter et à former les agents de santé.

⁴⁵⁰ Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), op. cit., p.12.

⁴⁵¹ Journal « Le Quotidien », du samedi au dimanche 8-9 janvier 2011, p. 4.

remplaçants. Ainsi, la moyenne d'âge actuelle du personnel de santé est de 42 ans. Le personnel âgé de 50 ans et plus représente 26% de l'effectif⁴⁵². En effet, l'absence au Sénégal d'une réelle politique de développement des ressources humaines est effarante. Beaucoup de postes de santé sont fermés pour des raisons liées au déficit de personnel. Ce qui sans doute a été reconnu par le Ministre de la santé Modou Diagne Fada lors de l'entretien accordé au journaliste Idrissa Sané⁴⁵³, en déclarant ceci : « *avec le recrutement dans la fonction publique de 600 agents dont 100 médecins et 100 infirmiers que l'Etat vient d'effectuer, les structures fermées seront opérationnelles* ».

Ces recrutements dont fait état le Ministre n'ont résolu en rien ces problèmes car des spécialités de soins voire de établissements de santé restent encore fermés au Sénégal faute de personnel. Il est donc temps que les mesures préconisées dans le cadre du Plan national de développement sanitaire et social (PNDS) voient effectivement le jour. Il s'agit principalement d'envisager un mouvement de redéploiement et une utilisation rationnelle du peu d'agents dont dispose le secteur de la santé. Pour se faire le PNDS a prévu la motivation du personnel de santé et l'élaboration de véritables plans de carrière. Il a également mis l'accent sur les possibilités de contractualisation permettant de pourvoir en personnel les régions déshéritées en les rendant attractives par une politique hardie de motivations multiformes.

385. Concernant le problème complexe de la formation et du recrutement du personnel de santé, il faut noter que le manque de financement constitue le principal obstacle. La santé est l'un des secteurs les plus touchés par les politiques d'ajustement structurel imposées par les institutions financières à la fin des années 70. Malgré ce constat, le FMI continue de préconiser dans certains pays des mesures qui font obstacles à l'investissement nécessaire dans ce secteur. C'est l'exemple de la Zambie, qui a été exclue de l'initiative des pays pauvres très endettés (PTTE)⁴⁵⁴. Pour y être réintégrée, elle a été contrainte de geler les

⁴⁵² Africa Health Workforce Observatory (AHWO), *Profil en ressources humaines pour la santé du Sénégal*, Draft 2009, p. 25.

⁴⁵³ Le journal « Le Soleil », vendredi 17 septembre 2010, consulté sur <http://www.seneweb.com>, le vendredi 17 septembre 2010.

⁴⁵⁴ Selon les accords passés avec la Banque Mondiale et le FMI, les dettes des pays considérés comme pauvres et très endettés (PTTE) ont été allégées. Cependant, la Zambie n'avait pas bénéficié de cette faveur à cause de la mal-gouvernance. Il aura fallu attendre décembre 2003 pour que lui soit accordé un allègement de dette de 3,8

salaires de ses fonctionnaires et de ne pas recruter de personnel de santé jusqu'en octobre 2005 et ce, du fait des plafonds imposés sur la masse salariale globale de la fonction publique⁴⁵⁵. Par ailleurs, le Sénégal a été beaucoup plus nanti sur ce point parce que ayant pu bien négocier un quota de recrutement de son personnel soignant. Il sera ainsi permis au ministère chargé de la santé, comme nous l'avons vu auparavant, de recruter 250 agents par an de 1996 à 2001. Ce chiffre est très insignifiant au vue de la croissance de la population et de sa demande en soins. Le FMI montre ainsi ses limites quant à sa contribution aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en général et pour la santé en particulier.

386. Par ailleurs, il faut reconnaître que les Etats africains n'ont jamais ménagé d'effort, si minime soit-il, en matière de politiques de ressources humaines. Ainsi, le PNDS a, pour sa part, développé les possibilités de contractualisation permettant aux régions déshéritées de résorber leur déficit en personnel de santé. Grâce à ce plan, le gouvernement a procédé à l'informatisation de la Direction de l'Administration Générale et de l'Equipeement (DAGE)⁴⁵⁶ et à l'installation de bureaux du personnel au niveau régional. Ce qui a permis une meilleure maîtrise des effectifs et une formation au niveau local des volontaires de la santé avec l'aide de l'USAID. Un autre pas a aussi été franchi car, en plus de la formation académique, l'Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale (ENDSS)⁴⁵⁷ s'ouvre à la formation continue, mais également à la recherche opérationnelle dans le domaine de la formation de la santé et de l'action sociale. Mais malgré tous ces efforts, le déficit en personnel de santé reste entier et ne cesse de croître.

milliards de dollars sur un montant total de 6,8 milliard.

⁴⁵⁵ La masse salariale imposée par le FMI est de 8% du PIB en 2003.

⁴⁵⁶ Le décret n° 2004-1404 du 4 novembre 2004 (Journal Officiel du Sénégal n°6194 du 4 décembre 2004), va réorganiser le ministère de la santé et de la prévention médicale. Ainsi, les ressources humaines qui n'étaient jusque là gérées que par une simple division appelée division du personnel logée à la Direction de l'Administration Générale et de l'Equipeement, est désormais devenue une direction à part en l'occurrence la Direction des Ressources Humaines (DRH).

⁴⁵⁷ Décret n° 96-634 du 18 juillet 1996 abrogeant et remplaçant le décret 92-1400 du 7 octobre 1992 portant création de l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS).

B : Déficit de praticiens spécialisés et du personnel administratif qualifié.

387. Le déficit du personnel de qualité intervenant dans le domaine de la santé est l'un des combats majeurs que les acteurs de la santé doivent mener. D'ailleurs, l'un des principaux buts de la réforme hospitalière est d'assurer à la population des soins de qualité. Ainsi, la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière, dès son article premier, dispose que « *la qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif essentiel pour tout établissement hospitalier* ». Mais pour cela, il faut résorber le déficit de praticiens spécialisés aussi bien que celui du personnel administratif qualifié.

a) Déficit de praticiens spécialisés.

388. Au Sénégal, on constate un déficit énorme de spécialistes. En effet, le peu de spécialistes qui existent, reste concentré dans les grandes agglomérations⁴⁵⁸ laissant les zones intérieures dans l'incapacité d'avoir accès aux prises en charge dites compliquées. C'est par exemple le cas du dépistage et de la prise en charge du cancer. Très peu d'hôpitaux régionaux disposent de moyens pour détecter cette maladie et encore moins la traiter. A cet effet, les patients qui souffrent d'une pathologie cancérogène⁴⁵⁹ risquent la mort, à défaut de se rendre à Dakar où l'hôpital le Dantec est la seule structure qui dispose d'équipement pour ce genre de prise en charge. A cet aspect, on peut ajouter les conséquences de l'insuffisance et la disparité dans la répartition du personnel qualifié, dans le domaine de la santé de la reproduction. En effet, selon Mme Bigué Bâ Mbodj⁴⁶⁰, vice-présidente de l'Association Nationale des Sages-femmes d'Etat du Sénégal (ANSFES), le pays traîne un déficit de personnel évalué à 7974

⁴⁵⁸ En général Dakar et Thiès.

⁴⁵⁹ Il faut noter que les cas de cancer les plus fréquents au Sénégal sont ceux du sein et du col de l'utérus. Ainsi, une femme sur mille développe une de ces maladies. Les catégories de femmes les plus touchées sont celles vivant en campagne car ne bénéficiant ni d'examen gynécologique de dépistage ni de mammographie alors qu'en France ces actes sont courants voire même banal car les autorités sanitaires encouragent le dépistage du cancer du col de l'utérus en exhortant les femmes à faire un frottis au moins une fois par ans et en rendant gratuit la mammographie à partir de 50 ans.

⁴⁶⁰ Walfadjiri du 30 juin 2011, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 30 juin 2011.

sages-femmes. Ainsi, pour préserver le droit des femmes à donner la vie en restant en vie, Mme Mbodj souligne un besoin supplémentaire de 1556 sages-femmes à Dakar, 1028 à Thiès et 709 à Kolda. Certes, le gouvernement a soutenu le relèvement du niveau de recrutement des sages-femmes au baccalauréat et a procédé en 2010 au recrutement de 800 agents de santé, dont 111 sages-femmes. Mais, malgré ces acquis, le gap est encore loin d'être comblé, déplore Mme Mbodj selon qui la ressource humaine est, pourtant, disponible au Sénégal. En effet, d'après la vice-présidente de l'ANSFES, 1217 sages-femmes au chômage sont actuellement sur le marché du travail, prêtes à aller là où on a besoin d'elles pour contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile. Ainsi, pour que plus jamais une femme ne meure en donnant la vie⁴⁶¹, l'ANSFES par le canal de sa vice-présidente estime que des mesures audacieuses devront être prises à plusieurs niveaux. Parmi celles-ci et à charge du gouvernement, *« le recrutement du personnel soignant, le renforcement de la disponibilité et l'accessibilité des soins obstétricaux d'urgence, la répartition efficace des sages-femmes, l'adoption d'une loi sur l'Ordre des sages-femmes, l'accréditation des écoles et des programmes de formation aussi bien dans le privé que dans le public »*. L'ANSFES exige également, dans les écoles de formation, le respect des normes standard nationales et internationales en matière de formation ainsi que le recrutement du personnel enseignant qualifié. Ces mesures sont incontestables car le manque de personnel et d'infrastructure au niveau local, accentué par une très forte concentration des spécialistes à Dakar, ont des conséquences énormes en matière d'accès aux soins.

389. Par ailleurs, il faut reconnaître que des avancées ont été notées dans certains domaines comme ce fut le cas en gynéco-obstétrique où l'Etat a instauré des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) avec une formation courte de six mois de médecins initiés aux pratiques de la chirurgie obstétricale d'urgence et celle-ci à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce qui a contribué à réduire considérablement la mortalité maternelle et fœtale. Cependant, cette initiative n'a eu un impact qu'au niveau urbain où se concentrent le plus

⁴⁶¹ Le journal « l'APS » (vendredi 16 décembre, 2011) publie une étude menée par Birahim Diongue sous l'égide de l'Association sénégalaise pour le bien-être familial (l'ASBEF) qui révèle qu'au Sénégal, quelque 1.720 femmes meurent chaque année en donnant la vie, et ce, du fait essentiellement de la pauvreté, des conditions d'accouchement dans les formations sanitaires et de l'inaccessibilité aux services de santé. Cette même étude révèle que 15.000 nouveau-nés meurent chaque année du fait d'une mauvaise santé de leur mère et des problèmes d'accessibilité des services de santé.

grand nombre de médecins. La population du monde rural est délaissée, ce qui rend le compte des efforts consentis au dessous de la moyenne. Au Sénégal seulement 47,8% des femmes bénéficient d'un accouchement assisté par un personnel qualifié⁴⁶², selon l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) dans un rapport sur la situation sanitaire nationale. Diacounda Sène en faisant un commentaire sur ce rapport, rappelle ceci : *« l'objectif fixé en matière d'accouchements assistés par le personnel formé est de 65%. La non atteinte de cet objectif, qualifiée de contre-performance, peut s'expliquer par l'insuffisance et la disparité dans la répartition du personnel qualifié, surtout en milieu rural et dans les régions périphériques. La grève des infirmiers chefs de poste (contractuels dans certaines zones) due aux retards de paiement des salaires, l'insuffisance de la communication sur la santé de la reproduction à l'endroit de la population, la mauvaise organisation de l'offre de certains services de santé de la reproduction, sont autant de causes qui peuvent justifier ce manquement dans le domaine de la santé de la reproduction. Ainsi, l'OMS et les pays développés dans le cadre de la coopération internationale doivent chercher à résoudre le problème de la pénurie du personnel soignant en apportant leur soutien aux Etats. Car, il est obligatoire de trouver rapidement une solution à cette pénurie (surtout de spécialistes) qui est l'une des causes majeures des difficultés d'accès aux soins »*⁴⁶³.

390. Il faut également rappeler, l'absence quasi-totale au niveau des centres et postes de santé, d'une prise en charge bucco-dentaire, faute d'équipements et de chirurgiens dentistes. Cette situation mérite une solution urgente compte tenu du taux élevé des caries dentaires dans le pays. Il faut souligner que 60 à 80 % de la population souffrent de cette pathologie, constituant ainsi un véritable problème de santé publique. Si dans les pays développés, les maladies bucco-dentaires, en particulier les caries, ont connu une nette baisse, par contre, cette affection gagne du terrain dans les pays en voie de développement. Cet aspect est inadmissible pour des Etats comme le Sénégal au vu du développement de la formation médicale du pays. Par exemple, au moment où l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de prise en charge de la santé bucco-dentaire préconise un chirurgien dentiste pour

⁴⁶² A cet effet, lorsqu'on analyse les activités produites par les sages femmes en fonction dans les établissements publics de santé, on s'aperçoit qu'une large part des accouchements réalisés dans ces formations ne sont pas faits en leur présence. La moyenne des accouchements par sage femme ne se situe qu'autour de 300 bébés par an à savoir moins de deux bébés par jour de travail. Ce qui, au vue du volume des naissances dans le pays, reste très faible.

⁴⁶³ Le journal « Le Quotidien » du samedi-dimanche 8-9 janvier 2011, p.4.

mille habitants, le Sénégal n'en est qu'à un chirurgien pour 32 500 habitants, selon le président de l'Ordre national des chirurgiens dentistes du Sénégal⁴⁶⁴. Face à cette situation, le président de l'Ordre en l'occurrence Mamadou Barry est monté au créneau, à l'occasion « des journées portes ouvertes sur l'odontologie sénégalaise » en octobre 2010, invitant les acteurs de la santé bucco-dentaire à résorber ce gap. Il invite à cet effet, les autorités sanitaires à intégrer cet aspect lié au déficit de chirurgiens dentistes dans les programmes nationaux de santé.

391. Partant de ces constats, on peut nettement conclure que le taux élevé de mortalité dans les régions reculées est souvent lié à l'incapacité de leurs établissements hospitaliers de santé à fournir des soins spécialisés à la hauteur de leur rôle de structures de référence. Dans la plupart de ces établissements on ne trouve pas assez de médecins spécialistes, encore moins de structures adéquates pour accueillir les malades. En effet, le déficit en personnel étant plus marqué au niveau périphérique et intermédiaire, il importe de le corriger en renforçant les effectifs en personnel au niveau des postes et centres de santé. Compte tenu des charges de travail au niveau du poste de santé, l'équipe soignante devra être étoffée par un deuxième infirmier d'Etat, un assistant infirmier et une sage-femme d'Etat pour mieux faire face aux sollicitations des citoyens⁴⁶⁵. Au niveau du centre de santé, l'équipe qui comprend déjà un médecin chef de district et son adjoint, doit être renforcée par un médecin compétent en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) à défaut d'un gynécologue, d'un pédiatre ou d'un chirurgien généraliste dont la présence serait à ce niveau un bon réconfort à l'offre de soins.

⁴⁶⁴ Walfadjiri du Samedi 16 octobre 2010, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 17 octobre 2010.

⁴⁶⁵ Au poste de santé de la Commune de Marsassoum où j'ai mené une enquête de satisfaction, il n'y a qu'une seule infirmière, qui n'est assistée que par une matrone. Elle assure seule les consultations et les accouchements. En effet, le poste dispose d'un local bien aménagé pour accueillir une sage femme mais celle-ci n'y a toujours pas été affectée. Cette situation entraîne comme conséquences de très longues attentes pour les patients et de très lourdes charges de travail pour le personnel. Des patients alités en tout désespoir de cause et qui pour la plupart viennent des villages lointains en charrette, finissent par se rendre à Sédhiou, où se trouve le centre de santé le plus proche, à 55Km et à plus de 2h de route et ce, à cause de l'état chaotique de la route et du transport. Par contre, les patients qui souffrent de pathologies moins graves se rabattent chez le seul pharmacien de la commune pour lui expliquer leurs problèmes, ce dernier n'hésitant pas à leur délivrer des médicaments sans ordonnance.

b) Déficit en personnel administratif qualifié.

392. Le déficit du personnel administratif dépend de la nature même du système de santé dont la mauvaise organisation constitue une aggravation. En effet, le système de santé du Sénégal, organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux⁴⁶⁶, souffre d'un dysfonctionnement chronique. Celui-ci, dans le cadre de la gestion du ministère chargé de la santé, est dû à la multiplicité des services rattachés. Les missions des directions, divisions et services régionaux ne sont pas clairement précisées entraînant des conflits de compétence. L'instabilité institutionnelle que connaît le ministère de la santé perturbe la mise en œuvre de plusieurs décisions et réformes dans le secteur. Le Service National d'Information Sanitaire (SNIS) ne prend pas en compte le système d'information médicale des hôpitaux et n'est pas ouvert aux autres secteurs ayant des actions de santé qu'il s'agisse du secteur privé, des autres ministères, des organisations internationales ou autres. Les données collectées sont souvent incomplètes et manquent de qualité et d'exhaustivité. Il s'y ajoute une insuffisance de coordination du fait de l'interférence des programmes qui ne tiennent pas compte de la périodicité des rapports fournis par les différents niveaux. Au niveau territorial, les autorités sanitaires locales n'ont pas été assez formées pour faire face aux nouvelles responsabilités liées à la décentralisation de 1996, ce qui a entraîné une gestion opaque des structures régionales de santé. En plus, l'apport des collectivités locales dans le domaine de la gestion des établissements sanitaires est insignifiant. Sur le plan de la recherche en santé, on constate une faiblesse de partenariat avec l'université, les instituts de recherche et le secteur privé. Ainsi, ces imperfections dans l'organisation et dans le fonctionnement du système de santé vont avoir beaucoup de répercussions négatives en matière de formation et de recrutement du personnel chargé de la gestion administrative du domaine de la santé.

393. Pour faire face, au déficit du personnel administratif qualifié dans le domaine de la santé, le PNDS a prévu en 1998 un appui à la faveur de la Direction des Ressources Humaines pour la formation de ses agents en gestion du personnel et en gestion financière. Il est ainsi prévu une filière de formation des directeurs des hôpitaux. La réalisation de ce programme utilisera les compétences des instituts de formation comme le Centre Africain

⁴⁶⁶ Il s'agit du niveau central correspondant au ministère de la santé et de la prévention médicale, du niveau intermédiaire correspondant à la région médicale et du niveau périphérique correspondant au district sanitaire.

d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG) et les ONG sur la base de conventions signées avec le ministère chargé de la santé. Cependant, la situation n'a depuis lors pas assez évolué. Ce même constat vaut pour les autres directions nationales et les régions médicales où le manque de personnel qualifié ne permet pas toujours la mise en place d'un service administratif et financier de qualité.

394. En définitive, l'insuffisance du personnel de santé reste une des préoccupations majeures des pays en développement. Cette situation est accentuée par la grande disparité qui existe entre les grandes agglomérations et les zones reculées. Il faut reconnaître que les conditions difficiles de travail liées à l'inaccessibilité de certaines zones à cause de leur enclavement ou de conflits armés (Casamance), le niveau déficitaire du plateau technique des structures sanitaires et le niveau bas des salaires obligent les soignants⁴⁶⁷ à se diriger vers les grandes villes ou vers les cliniques à défaut de s'expatrier vers l'Europe ou de se reconvertir dans d'autres secteurs beaucoup plus lucratifs. Cet aspect montre le niveau d'amateurisme des autorités sanitaires et leur incapacité à mettre en place une politique saine en matière de santé. C'est dommage de constater que les pays en développement ne résolvent jamais les problèmes, au contraire ils en accentuent. Par exemple s'attacher à construire coûte que coûte des structures de soins dans chaque rayon de 5km pour montrer à l'OMS et aux pays donateurs qu'on est un bon élève en matière d'accès aux soins n'aggrave-t-il pas le déficit du personnel et n'entraîne-t-il pas l'effet contraire, à savoir l'inaccessibilité aux soins ? Car en réalité la population a certes ses structures à proximité mais n'y trouve pas les soins escomptés faute de personnel, de médicaments et d'équipements disponibles. Par ailleurs, ne serait-il pas mieux de créer des structures de santé dans un rayon de 100 à 200 km mais disposant d'un plateau technique complet et performant permettant à la population vivant dans ce cercle de disposer d'une prise en charge de qualité⁴⁶⁸ ?

⁴⁶⁷ Cet état de fait concerne le plus les spécialistes et les agents expérimentés.

⁴⁶⁸ Nous estimons que cette solution est la plus pertinente pour faire face au déficit du personnel et de favoriser un accès aux soins de qualité à la population.

Paragraphe 2 : Un management des ressources humaines inadapté.

395. La mauvaise gestion des ressources humaines est le facteur aggravant qui pousse les professionnels de santé des pays subsahariens à rechercher des compléments de salaires en limitant illégalement leur temps de travail dans les institutions publiques et en exerçant des emplois à temps partiel parfois même à temps plein dans d'autres secteurs (dans les cliniques pour la plupart), ou à s'expatrier pour trouver des conditions d'exercice et de vie plus favorables. Cette mauvaise gestion est ressentie aussi dans les difficultés de recrutement et dans l'absence d'un réel système de motivation dont un plan de carrière à offrir au personnel de santé. Elle entraîne dès lors des conséquences énormes telles que la fuite des cerveaux et la pénurie du personnel sanitaire.

A : Absence de système de motivation.

396. Le déficit quantitatif du personnel soignant est exacerbé par une faible motivation des agents déjà disponibles.

a) Une perspective de carrière limitée.

397. Les inégalités de chance dans les pays du Sud sont telles que les agents de santé montrent souvent moins de motivation à exercer dans le secteur public. Ainsi, au cours d'une étude sur une politique pérenne de motivation du personnel de santé effectuée en 2003, 25% du personnel enquêté s'estimaient moyennement motivés et 62% pas du tout motivés. L'absence de motivation était beaucoup plus remarquable au sein du corps médical et

paramédical⁴⁶⁹. Cette situation est due aux promotions accordées à certains agents qui, sans qu'ils ne méritent, pour autant, bénéficient des postes de responsabilités élevés, au détriment des autres et ce, grâce à une proximité politique avec les dirigeants ou à des liens de parenté. Elle s'explique également par l'importance de l'écart entre la situation désirée et la situation réelle en matière de formation, d'organisation du travail, d'outils de travail, d'infrastructures de travail, de salaires et d'avantages. C'est le cas du système actuel des primes qui s'avère inefficace parce que jamais appliqué selon la règle. Egalement, des dispositifs ont été mis en place pour soutenir les agents qui exercent dans les zones défavorisées comme les indemnités d'éloignement, la contractualisation des postes dans les structures situées en zones difficiles avec des salaires plus attractifs, mais son application pérenne encore incertaine, rend difficile l'ébauche de bilan. La notion de prime de performance existe localement en lien avec certains projets⁴⁷⁰ mais il n'est pas possible d'en tirer un véritable enseignement à la fois pour la fixation d'agents à des postes difficiles et pour une augmentation de la performance de ceux-ci. Ainsi, les agents de santé, toutes catégories confondues, ne voient d'autres perspectives que de se rapprocher de Dakar ou à défaut de s'exiler.

398. Cette attitude des agents de santé est compréhensible car aucun fonctionnaire n'envisage rester au niveau auquel il a été recruté sans possibilité d'évoluer. Mais, puisque leur possibilité d'évoluer vers un meilleur poste est très minime, leurs ambitions se voient alors réduites, sinon anéanties. Si on prend l'exemple des agents qui exercent au niveau des postes de santé, on s'aperçoit que leur performance n'est souvent pas évaluée puisque des études ont montré que seulement environ 50% des agents rapportent avoir été évalués par le gestionnaire du poste de santé ou par un agent du district ou d'une ONG. Cette évaluation, si elle existe, prend le plus souvent la forme d'une évaluation de la performance au travail et très peu la forme d'un contrôle des connaissances médicales. Ainsi, 46% des agents des postes de santé estiment utiliser moins de 75% de leur potentiel productif⁴⁷¹. Une telle situation est défavorable à l'accès aux soins car elle entraîne une faible productivité dans les structures publiques.

⁴⁶⁹ Banque mondiale, *Rapport analytique santé et pauvreté au Sénégal*, op. cit., p.93.

⁴⁷⁰ L'expérience sur Diourbel avec la coopération technique Belge.

⁴⁷¹ Banque Mondiale, *Rapport analytique santé et pauvreté au Sénégal*, op. cit., p. 93.

399. Notons, d'autre part, que le plan de carrière est indispensable dans tout système et participe incontestablement à la motivation du personnel. Pour se faire, les autorités sanitaires des pays africains en général doivent instituer de bons plans de carrière pour leur personnel en introduisant, par exemple, dans la gestion des ressources humaines des contrats de performance. C'est une bonne méthode, parmi tant d'autres, qui permettrait d'avoir un système de motivation basée sur les performances des agents de santé. Ainsi, ces derniers pourraient voir leurs efforts récompensés et leur statut évoluer. Mais cette évolution de la carrière a besoin non seulement de l'expérience acquise après de longues années de travail mais également de formations continues. Certes de nombreuses dispositions ont été prises dans ce domaine qui est en perpétuel développement, cependant beaucoup d'efforts restent à fournir.

Egalement, les dirigeants doivent instaurer l'équité dans la notation des fonctionnaires. Au lieu de rendre tributaire l'évolution de la carrière des fonctionnaires à un clientélisme politique ou à la position sociale, les dirigeants africains feraient mieux de baser leurs choix sur des critères de compétences et de diplômes. Ainsi, tout poste à pourvoir doit être mis à compétition sans exception afin de favoriser le mérite⁴⁷². Car, cette mauvaise politique de gestion des ressources humaines, accentuée par le défaut de bons plans de carrière et aussi par le manque de consensus entre l'Etat et les syndicats de santé, affaiblit la qualité de l'offre de soins.

b) Un dialogue de sourds entre l'Etat et les Syndicats de santé.

400. L'Etat a souvent beaucoup de mal à satisfaire les doléances des professionnels de santé. Cette situation crée des rapports souvent conflictuels entre les Syndicats de la santé et l'Etat. Ainsi, se résume le manque de consensus entre ces deux acteurs clés de l'offre de soins : l'un dénonçant les conditions souvent précaires dans lesquelles se trouvent les professionnels de santé et l'autre, l'aspect qualité des prestations de soins qu'il attend d'eux.

⁴⁷² Dans bon nombre de pays du Sud, il faut être « fils de », « protégé de » ou « militant du parti au pouvoir » pour avoir une bonne carrière professionnelle et ce, à quelques exceptions près tels que de « grands chanceux » qui échappent aux mailles du filet.

A cet effet, la grève du SUTSAS des 27, 28 et 29 décembre 2005, qui a pris en otage tout le secteur de santé et dont le motif essentiel était l'octroi des indemnités de logement aux agents de Santé en est la parfaite illustration. En réaction alors à cette grève, l'Etat, par le canal chef du gouvernement, a mis en branle l'aspect de la qualité des soins en ces termes, « *nous avons mis beaucoup d'argent dans la santé et jusqu'à présent nous ne sentons pas une amélioration quelconque de la qualité dans vos prestations* »⁴⁷³.

401. L'hôpital sénégalais fait face à de nombreuses grèves et vu le nombre minime de structures hospitalières par rapport aux demandes croissantes des patients, on peut se poser la question de savoir si ce droit reconnu par la Constitution est compatible avec l'état des services de santé. A cet effet, il faut dire que la compatibilité du droit de grève à la continuité du service⁴⁷⁴ dans le contexte hospitalier actuel du Sénégal pose problème et ne milite pas en faveur de l'offre de soins. Il faut rappeler que le droit de grève est reconnu aux agents de santé⁴⁷⁵, qui cependant, en font un usage abusif. La parfaite illustration à ce niveau est la grève de l'hôpital Abass Ndao (fin octobre et début décembre 2005). Lors de cette grève, un taxi transportant une femme dans un piteux état se gare devant le service d'hospitalisation. Ainsi, l'infirmier saisi pour venir au secours du malade, intima au chauffeur l'ordre de ne pas faire descendre le malade par ces mots: « *nos services ne peuvent consulter aucun malade car nous sommes en grève* », déclare-t-il sans détour⁴⁷⁶. Les exemples de ce genre sont fréquents. Ce fut aussi le cas de cet homme dans le désarroi qui témoigne au correspondant de l'APS de Saint-Louis son profond ressentiment né du double décès de sa femme et de son enfant victimes d'un manque d'assistance suite à la grève observée par les membres du Syndicat autonome des médecins du Sénégal (SAMÉS)⁴⁷⁷. Agée de 24 ans, la femme qui en était à sa première maternité avait été évacuée d'urgence de Richard-Toll à l'hôpital régional de Saint-

⁴⁷³ Talla Diop, « L'amélioration de la qualité dans le domaine de la santé au Sénégal », *www. Seneweb news* du 7 mars 2006, <http://www.seneweb.com/>, p. 2.

⁴⁷⁴ CE, Ass. 7 juillet 1950, Dehaene, GAJA, n° 65.

⁴⁷⁵ Ce droit (érigé en principe constitutionnel : art. 25 de la nouvelle Constitution du Sénégal du 22 janvier 2001) bien que reconnu aux agents de santé est assujéti au respect d'un service minimum destiné à assurer le fonctionnement des services ne pouvant être interrompus. Il s'agit des prestations hôtelières offertes aux patients hospitalisés, du fonctionnement continu des urgences etc.

⁴⁷⁶ Le journal « L'AS » n° 0079 du mardi 6 décembre 2005 « Les malades, otages de la grève », p. 3.

⁴⁷⁷ Le journal « L'APS », lundi 9 août 2010, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 9 Août 2010.

Louis à cause de complications liées à son accouchement. Son veuf éploré raconte : « *quand nous sommes arrivés à l'hôpital le mercredi 4 août, nous avons croisé le gynécologue qui sortait. On nous a fait savoir que les médecins étaient en grève et ma femme n'a été vue qu'une seule fois par ce dernier qui a signé l'acte de décès chez lui aux environs de 23h* », indique l'homme. Rendu amer par son double deuil, il dira ceci : « *même s'ils ont le droit d'aller en grève, les médecins doivent répondre aux cas d'urgence et penser aux populations qui, en dernier ressort, sont les victimes innocentes* ».

Ainsi serait-il normal dans une région où les gynécologues « ne courent pas les rues » et par conséquent où les femmes sont exposées en cas de complications liées à leur état de grossesse, que des agents de santé abandonnent complètement leur poste pour quelque motif que ce soit ? Les médecins oublient-ils les dispositions du serment d'Hippocrate qu'ils invoquent lors de leur prise de fonction où l'un des instigateurs de l'éthique médicale déclamait, « *je dirigerai le régime des malades à leur avantage(...) et je m'abstiendrai de tout mal ...* »⁴⁷⁸.

402. En effet, on peut aisément reprocher aux agents de santé d'abuser de leur droit de grève. Ces derniers doivent revoir leurs méthodes de revendication car le secteur de santé dans les pays en voie de développement ne laisse aucune place à la grève vu le manque de personnel et la forte demande de prise en charge sanitaire. Cependant, l'Etat reste toujours responsable de cet état de fait car il fait toujours des promesses aux syndicats de santé qu'il ne respecte pas. A titre d'illustration en août 2010, le Syndicat autonome des médecins du Sénégal (SAMÉS) a obtenu du gouvernement l'augmentation substantielle de l'indemnité de responsabilité médicale qui passe de 180 000 à 250 000 francs, ainsi qu'une nouvelle indemnité dite de « spécialisation médicale » qui vient d'être créée pour les médecins en lieu et place de la majoration d'ancienneté et qui sera de 50 000 à 100 000 francs par mois en fonction de la durée. L'indemnité de responsabilité particulière sera prise en compte, d'après les termes de l'accord, à partir du 1^{er} octobre 2010. Mais elle ne sera payée qu'en janvier 2011, une manière de budgétiser la nouvelle hausse selon l'Etat⁴⁷⁹. Cependant rien de tout ça ne sera fait comme convenu. Ainsi, ces derniers pour faire plier l'Etat, délaissent leurs patients à leur

⁴⁷⁸ Bruno Halioua, op. cit., p.201.

⁴⁷⁹ Walfadjiri du vendredi 20 août 2011, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 20 août 2011.

triste sort⁴⁸⁰. A titre d'illustration, les secrétaires généraux des syndicats de santé du SUTSAS et du SAS ont organisé une marche nationale le mercredi 8 juin 2011 pour amener l'Etat à ouvrir les négociations, après plusieurs jours de grève⁴⁸¹. Parmi leurs revendications, figurent en bonne place les anciennes promesses non tenues, la mise en œuvre par l'Etat du décret portant sur le statut du personnel des établissements publics de santé, mais également, le paiement de la dette hospitalière qui est de 14 milliards, dont les 5,4 milliards ont déjà été donnés par l'Etat en deux jets de 2,700 milliards en 2009 et 2010.

403. Par ailleurs, les agents sénégalais de santé ne mesurent pas le danger auquel ils peuvent faire face en s'abstenant de travailler pour motif de grève. L'article 25 de la Constitution ne dispose pas que le droit de grève donne systématiquement droit à l'interruption totale de travail. Quelles que soient les circonstances, un service minimum doit être assuré sinon le praticien peut être poursuivi pour délit de non assistance à personne en danger⁴⁸². Ainsi conformément à l'article 49 alinéa 2 du Code pénal sénégalais : *« sera puni d'un emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de 25.000 francs à 1 million de francs, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours »*. A ce sujet un médecin de l'hôpital régional de Kaolack, en l'occurrence le docteur Thiongane, a été condamné le 23 janvier 2002 par le tribunal correctionnel de Kaolack⁴⁸³ pour non assistance à personne en danger à une peine d'emprisonnement de 6 mois avec sursis et une peine d'amende de 50.000 francs.

Dans cette affaire, un infirmier de l'hôpital de Kaolack ausculte un malade et diagnostique chez lui un abdomen chirurgical, une infection de l'abdomen. L'infirmier qui assure la garde a été contraint d'appeler le docteur Thiongane, seul chirurgien disponible, son collègue étant en

⁴⁸⁰ Les patients restent toujours les grands perdants car les médecins de nos pays sont très peu inquiétés par les dommages issus de leurs actes.

⁴⁸¹ Il faut noter qu'à ce niveau l'Etat a été incapable de faire plier les agents de santé et il a fallu l'intervention du cardinal de Dakar Theodore Adrien Sarr pour que les deux syndicats décident de suspendre leur mot d'ordre de grève.

⁴⁸² Cass. Crim., 31 mai 1949, JCPG 1949, II, note Magnol; voir également les Grandes décisions du droit médical, p. 369-383, note de Marion Guigue.

⁴⁸³ Jugement n° 39 du 23 janvier 2002.

arrêt maladie pour fracture de la main. Malgré les appels répétés de l'hôpital, sur insistance des accompagnants, et malgré la réquisition du gouverneur le docteur Thiongane refusa de venir et demanda aux accompagnants d'amener le malade à Thiès (à plus de 100 km) ou à Dakar (environ 200 km), car ne se sentant pas en état d'opérer au risque de commettre une faute professionnelle fatale au patient. La patiente est finalement décédée et la famille de la victime a porté plainte contre le médecin pour non assistance à personne en danger. Il sera gardé à vue, puis condamné pour ce chef d'inculpation. Cette affaire révèle ainsi une violation manifeste du devoir d'assistance d'un médecin.

404. Aux termes de l'article 25 du Code de déontologie des médecins au Sénégal, le médecin doit préalablement accepter de remplir la mission, à savoir, dès qu'il est appelé à donner des soins à un malade, s'obliger à lui assurer personnellement ou avec l'aide de tiers qualifiés tous les soins médicaux en son pouvoir et désirables en la circonstance, en agissant toujours avec correction et aménité envers le malade ou en se montrant compatissant envers lui. Et aux termes de l'article 33 du même Code, le médecin peut certes se dégager de sa mission, mais à condition de ne jamais nuire de ce fait, à son malade. Il doit s'assurer de la continuité des soins et fournir à cet effet, tous les renseignements utiles. Il est vrai que ce texte s'inscrit dans une perspective de refus de soins basé sur la conscience du médecin, mais il importe de retenir que le médecin ne peut invoquer aucune raison pouvant nuire au malade qu'on lui présente, sauf si son état de santé le prive des possibilités d'assistance.

405. Notons, somme toute, que la grève constitue un handicap majeur au principe de continuité surtout lorsqu'on y associe l'état du plateau technique des établissements publics hospitaliers. En effet, ceux-ci sont réputés pour leur manque d'équipement médico-technique, mais aussi de personnel médical et paramédical. Si l'on sait que la continuité des soins est un critère essentiel visant à renforcer la qualité des soins qui s'exprime également à travers la notion de permanence des soins⁴⁸⁴, qui au regard de l'article L 6314-1 du Code français de santé publique est une mission de santé publique assurée en collaboration par les établissements de santé et les médecins⁴⁸⁵. De surcroît dans le cadre de la médecine

⁴⁸⁴ Précisée par le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins en France.

ambulatoire, le Code de santé publique français prévoit désormais que la continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances⁴⁸⁶. Il est donc du rôle de l'Etat et des organisations syndicales de tomber d'accord sur d'autres méthodes de revendication sans interrompre le service et ce, pour le bien des patients et de leur entourage qui sont en réalité les principales victimes de ces mouvements. Pourquoi ne pas, à l'image des ouvriers japonais, opter pour le port « de brassard »⁴⁸⁷ pour exprimer leur colère. Car, dans un continent où le taux de mortalité liée aux maladies et au manque d'accès aux soins faute de structures adéquates et de déficit de personnel est le plus élevé au monde, la grève des professionnels de santé par l'arrêt total du travail n'a pas lieu d'être. Les Etats doivent trouver des solutions immédiates pour que les agents de santé non seulement puissent assurer la continuité des soins, mais puissent aussi exercer leur fonction sur place sans avoir besoin de s'expatrier ou d'aller travailler dans le secteur privé. Car, en effet, les mauvaises politiques des ressources humaines entraînent des conséquences énormes en matière d'offre de soins.

En fait, pour trouver un juste milieu entre les exigences des syndicats de santé et celles de l'Etat, celui-ci doit accorder diverses indemnisations et primes dans le cadre de la motivation financière ainsi que des motivations non financières. Ces faveurs doivent surtout être accordées aux agents qui acceptent de servir dans les zones d'accès difficile, dans les zones éloignées, enclavées ou dans des zones d'insécurité telle que la Casamance. Par contre, le personnel de santé doit aussi faire preuve de civisme et d'humanisme en se donnant au maximum à leur fonction car, à notre avis, ce qui doit primer en donnant des soins est le bonheur d'avoir sauvé des vies ou d'en avoir donné mais pas de gagner une fortune. Certes, pour les praticiens, se pose le problème de comment sauver des vies lorsque l'on est soi même en situation de survie. Mais, il pourrait leur être répondu qu'ils font partie des agents les plus adulés par l'Etat, pourtant, Hippocrate, dont le serment est la base déontologique pour tout praticien de santé, n'a jamais eu, lui, besoin d'argent pour exercer son art⁴⁸⁸. Il était juste animé par la passion de ce métier qui est d'une beauté extrême.

⁴⁸⁵ Article 49 de la loi HPST (article L 6314-1 du CSP).

⁴⁸⁶ Anne Laude, Bertrand Mathieu et Didier Tabuteau, op. cit., p. 316.

⁴⁸⁷ Pourtant cette excellente idée a été émise par le Président Wade dès son accession au pouvoir en 2000. Il a exhorté la population à faire passer leurs revendications en portant des brassards rouges. Cette méthode a eu un grand succès au Sénégal. Cependant, elle n'a été que de courte durée car lors des tournées présidentielles les citoyens prennent l'habitude de porter ces brassards pour montrer leur mécontentement. Cette pratique a dès lors très vite désenchanté les autorités. Ainsi, les porteurs de brassards rouges se retrouvent en prison pour motifs de troubles à l'ordre public.

B : Des conséquences dommageables.

406. Les conséquences liées à la mauvaise gestion des ressources humaines sont nombreuses. La plus importante est sans doute la fuite de cerveaux africains. Ce qui accentue le déficit de personnel expérimenté dans tous les domaines. Mais c'est le secteur de la santé qui en souffre le plus car le déficit de personnel entraîne fatalement une inaccessibilité des soins en mettant en danger la santé de la population.

a) La fuite des cerveaux.

407. L'insuffisance des effectifs médico-sanitaires qui ont reçu une formation adéquate est l'un des principaux problèmes qui affectent le secteur de la santé en Afrique. Celle-ci tient souvent au pourcentage très élevé des personnes qui quittent leur emploi pour émigrer en occident principalement. Ces départs sont particulièrement désastreux lorsque les membres du personnel qui quittent le secteur public ont été formés aux frais de l'Etat. Si le transfert de fonds de migrants vers leurs pays d'origine, le retour du personnel qualifié et le rôle de la diaspora sont généralement mis en avant pour montrer les conséquences positives de l'immigration, les coûts indirects tels que les fardeaux croissants des maladies sont plus importants. En estimant les coûts de formation d'un médecin généraliste à 60.000 dollars et ceux d'un auxiliaire médical à 12.000 dollars, l'Union africaine calcule que les pays à faible revenu subventionnent les pays à revenu élevé à hauteur de 500 millions de dollars par an à travers l'exode de leurs personnels soignants. Ce chiffre est repris par la Commission pour l'Afrique qui exprime que le coût des migrations de travailleurs est en train de s'aggraver particulièrement en ce qui concerne les infirmières⁴⁸⁹. Ce constat est alarmant au regard des chiffres de l'OMS en matière de « fuite des cerveaux ». Environ 50% des médecins diplômés en Afrique partent à l'étranger dans les 5 années qui suivent la fin de leurs études. La plupart

⁴⁸⁸ Les médecins s'engagent toujours, lors de leur prise de fonction, à exercer leur art sans la recherche de profit conformément aux dispositions de la version actuelle du serment d'Hippocrate appelé «serment de Montpellier» : «je donnerai mes soins gratuits aux indigents et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail».

⁴⁸⁹ Françoise Yandé Ndour, op. cit., p. 23.

d'entre eux s'orientent vers l'Europe ou les Etats-Unis, qui, bien qu'abritant seulement 20% de la population mondiale, ont en activité presque 50% des médecins et 60% des infirmières, selon un rapport de l'Oxfam en 2006⁴⁹⁰. Ce phénomène peut certes s'expliquer par la mauvaise gestion des ressources humaines des pays du Sud, par l'espoir pour ces praticiens d'obtenir des rémunérations plus élevées et de meilleures conditions de travail dans d'autres pays tout en échappant aux problèmes politiques et sociaux qui règnent dans les leurs. Mais, c'est beaucoup plus la mise en place par les pays de l'OCDE de politiques de recrutement attractif qui favorise le plus ce phénomène de fuite des cerveaux.

408. Les pays de l'Organisation de la Coopération et du Développement Economique mettent en place des politiques de recrutement attractif préjudiciables aux pays en développement. Il s'agit de la simplification des procédures de reconnaissance des diplômes et de délivrance des visas, du système de quotas, des agences internationales de recrutement etc. Ces méthodes font parties des mesures que l'on remarque dans de nombreux pays pour attirer les agents étrangers qualifiés. Pourtant, les Etats membres de l'OCDE sont bien conscients que la participation du personnel de santé migrant au développement de leurs pays est limité au regard des inconvénients liés au départ. L'OCDE estime même ces pertes cumulées à plus d'un milliard d'euros pour la seule Afrique du sud⁴⁹¹. Malgré tout, ses Etats membres continuent toujours leur politique. Ceci nous amène à nous poser la question de l'utilité de l'aide de l'occident en matière de lutte contre les maladies qui frappent les pays pauvres, sachant qu'ils leur prennent leurs élites sanitaires, en charge de rendre cette lutte efficace. C'est du paradoxe et la politique du Président Sarkozy dite de « l'immigration choisie » en est une. On nous répondra que l'immigration choisie, « dont nous sommes bénéficiaires nous mêmes », permet beaucoup plus aux étudiants étrangers de venir faire leurs études en Europe que de récupérer les agents déjà formés et expérimentés des pays en développement. Nous leur répondrons que ça ne sert à rien de former des étudiants étrangers qui sont censés aider leurs Etats à sortir du carcan de la pauvreté⁴⁹², pour plus tard les récupérer.

⁴⁹⁰ Françoise Yandé Ndour, op. cit., p. 22.

⁴⁹¹ Tendances des migrations internationales : SOPEMI Edition 2003 – ISBN 92-64-01946-4 – © OCDE 2004 : <http://www.oecd.org/dataoecd/46/35/37965509.pdf>, p. 138.

⁴⁹² En réalité, c'est cette pauvreté qui est à l'origine de tous les problèmes de santé auxquels la population africaine est confrontée.

409. Comment est ce que l'Europe peut combattre l'immigration car, en ouvrant ses frontières à ces intellectuels en perdition, ouvre également ses frontières à leurs familles qui de façon légale ou illégale viendront les rejoindre. L'occident a les moyens de former ses spécialistes, qu'il les forme et s'abstienne d'absorber l'élite intellectuelle des pays en développement. Elle doit alors fermer la voie aux intellectuels surtout dans le domaine de la santé même si cette main-d'œuvre est avantageuse car bon marché mais aussi « accepte tout ». Une main-d'œuvre que nous avons l'habitude d'appeler « des médecins de nuit » parce que n'assurant la plupart du temps que des gardes de nuits.

410. La fuite des cerveaux engendre une très grande pénurie du personnel soignant. Nous reconnaissons que tous les pays du monde sont confrontés à des carences de ressources humaines dans le domaine de la santé mais cette situation est particulièrement dramatique dans les pays en développement. L'Afrique subsaharienne est la région qui souffre le plus de cette pénurie et le besoin supplémentaire du personnel indispensable peut se chiffrer à des millions. C'est regrettable de constater que ces pays sont non seulement en manque criant de personnel de santé mais le peu qui existe, a tendance à abandonner les établissements publics sanitaires pour emprunter le chemin des cliniques privées, des ONG ou de l'immigration⁴⁹³. Malheureusement, ceux qui partent sont essentiellement des personnes très qualifiées, comme les médecins, les infirmiers, les pharmaciens et les techniciens supérieurs de laboratoire alors qu'ils sont pour la plupart formés aux frais de leurs Etats. Leurs départs réduisent considérablement les capacités nationales dans le domaine de la formation médicale, de la recherche sur la santé et de la gestion puisque ce sont les personnes les plus haut placées qui ont le plus de chance d'émigrer. Et cette faute est à imputer à la mauvaise politique des Etats qui ont du mal à maintenir au pays ou dans les établissements publics du personnel soignant surtout qualifié et expérimenté. Elle peut aussi être imputée aux autorités occidentales qui favorisent cette fuite en offrant aux meilleurs spécialistes du Sud des facilités d'obtention de visa, de séjour et de travail sur leurs territoires.

411. Décidément, dans le cadre de la recherche de solutions incitatives à la sédentarisation des diplômés africains, le président des chercheurs africains, Didier Acouetey,

⁴⁹³ A noter que le grand taux de chômage connu en Afrique n'a jamais affecté pour autant le domaine de la santé. C'est d'ailleurs le secteur qui fait le plus d'offres d'emplois. A cet effet, le gouvernement du Kenya a publié en 2001 une annonce d'embauche pour 100 médecins mais seulement 8 personnes ont répondu et ce, pour des raisons en apparence liées à la faiblesse des salaires ou des mauvaises conditions de travail.

recommande tout simplement aux Etats africains de freiner l'accroissement de la fuite de leurs étudiants vers les pays européens. Il lance aussi un appel aux étudiants africains, lors de la première édition du forum du manager du 26 au 28 mai 2011 organisé par l'Association des stagiaires et étudiants managers du Centre africain d'études supérieures en gestion (Asema-Cesag)⁴⁹⁴, pour qu'ils créent leurs propres entreprises en vue de redresser l'économie du continent, car ils en ont la potentialité requise, au lieu de laisser le continent être assailli par des investisseurs européens ou chinois. Il estime ainsi que *« les étudiants africains gagneraient à rester dans leurs pays d'origine »*. Seulement, il convient que, pour se faire, les décideurs africains doivent réorganiser leur politique d'insertion professionnelle des jeunes. Il faut au-delà de cet aspect, que les Etats développent une vraie politique de sédentarisation des jeunes diplômés. A ce propos, le Ministre sénégalais de la santé à la sortie de la 63^{ème} Assemblée mondiale de la santé tenue en mai 2010 à Genève a été interpellé par le journaliste El Hadji Gorgui Wade Ndoeye lui demandant comment il comptait faire pour retenir les professionnels de la santé qui émigrent de plus en plus en Occident⁴⁹⁵. Il a alors répondu qu'il n'y a pas de secret pour retenir les diplômés, *« il faut juste investir dans la construction des infrastructures sanitaires, de même que dans les initiatives de santé »*. Toujours d'après le Ministre, *« il y a quelques années, et cela peut paraître paradoxal au vu du déficit en personnel de santé, il n'y avait ni de médecin ni d'infirmier ni de sages-femmes qui chôment au Sénégal. Maintenant, on a toutes ces catégories qui sont au chômage »*. Il en conclut, *« si nous n'avons pas de structures de santé pour les accueillir et les faire travailler chez nous, ils se retrouveront ailleurs. Nous en sommes conscients et nous savons que nous avons besoin de nos cadres »*. C'est pourquoi il finit par promettre, *« nous allons nous employer à mettre en place des infrastructures de santé et à les employer sur notre territoire national »*.

412. Nous estimons que ce n'est pas à ce niveau où réside le problème car il existe en réalité des infrastructures, qui d'ailleurs manquent du personnel. Le principal problème est donc une mauvaise politique des ressources humaines de la part des autorités sanitaires et la solution serait de recruter des jeunes diplômés et de leur mettre dans des conditions leur permettant d'exercer leur profession sans avoir besoin d'aller ailleurs.

⁴⁹⁴ Walfadjiri du lundi 30 mai 2011, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 2 juin 2011.

⁴⁹⁵ Walfadjiri du 20 mai 2010, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 20 mai 2010.

Il faut enfin reconnaître que les coûts du personnel sont le principal poste budgétaire des ministères subsahariens de la santé. Plus de 60% de la totalité des ressources publiques consacrées à la santé sont, dans l'ensemble, allouées aux traitements et salaires⁴⁹⁶. Etant donné que la plupart des personnes qui fournissent des services de santé en Afrique sont formées aux frais de l'Etat, il importe que les personnes qui doivent recevoir cette formation soient sélectionnées avec soin et que les mesures de l'Etat qui pourront influencer sur leur carrière future soient rationnelles et avisées. Car non seulement la formation de ces agents coûte cher aux Etats du Sud mais aussi leur fuite vers l'occident entraîne des conséquences énormes sur l'offre de soins. Même si cette fuite peut être dans une large mesure imputée à l'incapacité des Etats à mettre en place une bonne politique de gestion des ressources humaines, tout de même, les agents de santé doivent savoir qu'en quittant leurs pays, ils laissent derrière eux des millions de concitoyens qui faute de prise en charge de qualité risquent la mort.

b) Risques d'exclusion aux soins des personnes vulnérables.

413. Le déficit de personnel est une menace pour la population surtout les plus vulnérables. Ces personnes sont les premières victimes du manque de personnel car ne pouvant pas se payer les services des grandes cliniques connues pour leurs excellentes prestations mais ayant l'inconvénient d'être trop chères. Cette situation touche particulièrement les femmes et les enfants car ce sont eux qui souffrent le plus des pathologies et sont les plus exposés aux maladies. Ainsi, on note partout en Afrique subsaharienne un taux élevé de mortalité maternelle et infantile et ce, malgré les différentes mesures mises en place. On constatera aisément que cette mortalité est directement liée à l'effectif insuffisant de soignants. De ce fait, moins les agents de santé sont nombreux, plus le taux de mortalité est élevé et au contraire, plus les agents de santé sont nombreux, plus le taux de mortalité est bas. Ainsi, la mortalité passe de 7% à 4,2% si le nombre de soignants passe de 1% à 3,5%⁴⁹⁷.

⁴⁹⁶ Banque Mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique*, op. cit., p.102.

⁴⁹⁷ Cf, OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, consacré à la pénurie de personnel soignant dans les pays du sud, 2006.

414. Dans le domaine spécifique du traitement du Sida, il faut rappeler que les pays en voie de développement sont confrontés à un grand manque de spécialistes. Ce qui entraîne des conséquences énormes dans la prise en charge des malades vivant avec le VIH. C'est vraiment dommage au regard du nombre de personnes vivant avec le Sida dans les pays du Sud⁴⁹⁸. Des efforts importants sont en train d'être menés par les chercheurs afin de trouver un remède au VIH, mais en vain. Tout de même il existe des traitements antirétroviraux. Mais il faut constater que ces traitements ne sont pas accessibles à tout le monde malgré qu'il soit gratuit dans bon nombre de pays comme le Sénégal. Cela est lié au fait que jusque-là très peu de structures sanitaires disposent de services spécialisés et de médicaments pour la prise en charge du VIH. Pire, les médicaments destinés aux malades sont parfois détournés par certaines autorités à des fins commerciales. Il en est du cas Latif Gueye⁴⁹⁹, qui a été arrêté en juin 2003 pour avoir détourné des médicaments et équipements destinés aux patients vivant avec le VIH⁵⁰⁰. Cette arrestation a révélé un vaste trafic de médicaments antirétroviraux. En avril 2002, le laboratoire GlaxoSmithKline découvre sur le marché européen, notamment en France, des lots de produits destinés aux séropositifs sénégalais. La firme britannique porte plainte. Une enquête est menée au Sénégal par la Division des investigations criminelles. Ses premières conclusions mettent en cause l'organisation dirigée par Latif Gueye qui réexporte vers l'étranger plus de 66% des médicaments préalablement importés. Ainsi, selon le mis en cause et ses proches, il s'agissait d'une formule de compensation consistant à échanger les médicaments exportés contre du matériel médical, qui était offert aux services médicaux publics.

415. En effet, seule une politique volontariste au niveau mondial permettra d'acheminer auprès des personnes vivant avec le VIH les traitements disponibles afin

⁴⁹⁸ Les femmes représentent en Afrique et aux Caraïbes la moitié des séropositifs. Leurs enfants sont souvent contaminés et s'ils ne le sont pas, deviendront prochainement orphelins du VIH, faute de soins adaptés pour cette maladie.

⁴⁹⁹ Abdoul Latif Gueye est un homme politique qui s'était forgé une réputation de champion de la vertu en militant activement dans la lutte contre la drogue et le respect des mœurs. A cet effet, il va fonder l'organisation non gouvernementale « Jamra » et ses actions lui ont valu la confiance du chef de l'Etat qui lui attribuera le titre d'ambassadeur après avoir été nommé à la tête d'une autre ONG, « l'Afrique aide l'Afrique (AAA) ». En tant que tel, il coordonnait l'aide humanitaire que le Sénégal apporte à d'autres pays du continent. Dans le cadre de la lutte contre le Sida, il était responsable de l'importation des médicaments antirétroviraux à des tarifs préférentiels au profit des malades sénégalais.

⁵⁰⁰ Walfadjiri intitulera à sa « Une » du 21 juillet 2003: Arrestation de Latif Gueye : dans le «circuit du Sida business».

d'améliorer la prise en charge de cette maladie et de fournir un personnel compétent et suffisant pour soulager les malades du VIH. Il faut rappeler qu'en Afrique noire plus de 28 millions de personnes vivent avec le VIH et la plupart n'ont pas accès au traitement anti-sida compte tenu de son coût élevé. Ainsi, Moncef Marsouki en exhortant les pays du Nord à une action commune avec ceux du Sud en matière de lutte contre le Sida et de son traitement dira ceci, « *le nuage de Tchernobyl ne connaît pas de limite géographique. Le Sida n'est pas que le problème de l'Afrique* »⁵⁰¹.

416. Il faut en outre noter que si dans les pays pauvres tant de personnes restent sans soins et tant d'autres exposées à cette maladie c'est parce que la négation de la réalité du Sida conduit certains gouvernants à négliger la formation de leur personnel de santé dans ce domaine. Le réveil est souvent brutal face à une épidémie galopante et c'est dans l'urgence que des programmes sont lancés. C'est d'ailleurs ce qui explique leur échec. Mais d'autre part, ce phénomène s'explique par la fuite du peu de personnel formé et censé assurer les prises en charge sanitaires des patients. Ces candidats migrants évoquent généralement comme raison de leur départ les risques de contaminations auxquels ils sont confrontés. Même si ces propos ne sont que pures prétextes, personne ne peut nier la présence des risques vu l'état des structures de soins. Il faut reconnaître qu'ils travaillent dans des conditions très précaires d'où les risques énormes de contaminations par les maladies dont le VIH. Mais, il ne faudrait pas que cela soit une raison d'abandonner une population qui souffre déjà du déficit de soignants.

417. En définitive, le manque de personnel de santé surtout qualifié est certes un phénomène mondial, mais force est de constater que c'est en Afrique subsaharienne que les besoins les plus urgents existent. En effet, bien que 10% de la population mondiale y vivent, il n'y a que 1% de médecins du monde et 3% d'infirmiers et de sages femmes. Le continent africain porte pourtant 25% du fardeau des maladies mondiales. Malheureusement, là où les besoins sont les plus grands, les systèmes de santé sont les plus mal en point. Le déséquilibre au niveau mondial est évident : l'Europe forme 173800 médecins par an, l'Afrique 5100, ce

⁵⁰¹ Marzouki Moncef, « Mondialisation, santé et droits de l'homme au Sud et au Nord », *santé Publique*, 2003/3 Vol. 15, p. 283-289. DOI : 10.3917/spub.033.0283 ; article disponible au <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-3-page-283.htm>, p. 284.

qui revient à 1 médecin pour 115000 habitants en Afrique subsaharienne⁵⁰². Ainsi, pour résorber ce déficit de praticiens en Afrique, les gouvernants doivent renforcer les effectifs de personnel de santé en qualité et en quantité au niveau intermédiaire et périphérique particulièrement les infirmiers d'Etat et assimilés et les sages femmes d'Etat, pour corriger le déficit en personnel à l'échelle périphérique mais aussi dans le but de renforcer les équipes sanitaires. Pour se faire, ils doivent renforcer les capacités des écoles de formations en santé et mettre à leur disposition de moyens permettant de fournir un enseignement de qualité. Par ailleurs, les étudiants de ces écoles doivent être formés en fonction des besoins en personnel de santé c'est-à-dire orienter la formation vers les secteurs qui souffrent le plus du déficit⁵⁰³. A l'issue de cette formation, les praticiens doivent être automatiquement recrutés dans la fonction publique afin de corriger le déficit constaté. C'est là, l'une des meilleures politiques de sédentarisation des jeunes diplômés.

418. Pour conclure ce chapitre, nous relèverons que les caractéristiques du système de santé au Sénégal, à savoir la faiblesse de la couverture en infrastructures sanitaires et en personnel médical⁵⁰⁴, les effets de la distance sur la modicité des moyens financiers, la vétusté et l'insuffisance du parc automobile rendant plus difficile l'accès aux centres villes où se trouvent concentrées les structures de soins de référence et les meilleures compétences, ainsi que les caractéristiques sociologiques⁵⁰⁵ à savoir la faible connaissance en matière de santé⁵⁰⁶ et le faible intérêt pour celle-ci, la conception de la maladie⁵⁰⁷ expliquant l'attitude réfractaire de certaines populations, sont autant de raisons à l'origine des inadéquations constatées en matière

⁵⁰² Françoise Yandé Ndour, op. cit., p. 26.

⁵⁰³ A ce niveau un accent particulier doit être mis sur la formation de compétences en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) sans pour autant négliger la formation des gynécologues et des pédiatres.

⁵⁰⁴ Les médecins acceptant de quitter la ville pour les quartiers périphériques ou la campagne sont rarissimes.

⁵⁰⁵ On peut citer, le refus d'une partie de la communauté musulmane de Madina Gounass, dans la région de Kolda, des services d'une sage-femme pour le motif qu'elle ne porte pas le voile. Cet exemple reste encore illustratif de l'obstacle culturel en matière d'accès aux soins.

⁵⁰⁶ Il est par exemple ancré dans l'imaginaire populaire au Sénégal que le vaccin contre la poliomyélite est un moyen inventé par l'occident pour limiter le fort taux de natalité dans les pays pauvres. Ainsi, bon nombre de femmes pensent que vacciner leurs enfants contre la poliomyélite, pourrait les rendre stériles, d'où le refus systématique des femmes de faire vacciner leurs enfants malgré les différentes campagnes de sensibilisation.

⁵⁰⁷ Etant donné qu'il y a une distinction sociologique entre les problèmes de santé orientés vers la médecine et ceux orientés vers le tradithérapeute.

d'offre de soins. Une telle situation ne favorise pas l'accès aux soins de la population, mais encourage par conséquent l'automédication ou le développement du recours aux charlatans.

Les solutions envisagées précédemment semblent être les plus pertinentes afin de trouver une adéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population en Afrique. Il s'agit à titre de rappel de la construction de quelques grands hôpitaux bien répartis dans le pays, qui vont non seulement disposer d'une technologie de pointe et d'un personnel qualifié et suffisant, mais aussi constituer des centres d'attraction pour la population des régions proches. Il s'agit aussi d'adopter un réel système de motivation dont un bon plan de carrière accordé au personnel de santé afin de favoriser leur affectation et leur maintien dans la fonction publique. Ceci encouragera non seulement les agents de santé à aller servir dans les zones reculées mais permettra également d'empêcher la fuite des cerveaux et son lot de conséquences comme le déficit de personnel expérimenté et qualifié et l'inaccessibilité à une offre de soins de qualité. A ceci, il faut ajouter que pour permettre l'accessibilité financière à toutes les couches de la population, les Etats africains, puisqu'ils ne sont pas capables d'accorder des soins gratuits, doivent opter pour la méthode de « la discrimination positive en matière d'accès aux soins » c'est-à-dire varier les prix des prestations en fonction des bourses de la population⁵⁰⁸.

419. En outre, face aux exigences de la société moderne pour une médecine de plus en plus efficace, la croyance en la fatalité qui, jadis, constituait le principal mobile de résignation des victimes du service public de santé⁵⁰⁹ n'est plus de mise en Afrique ou du moins a tendance à diminuer considérablement. Ainsi, la remise en cause de l'activité du service public hospitalier qui était un phénomène tout à fait rarissime au Sénégal gagne de plus en plus du terrain.

⁵⁰⁸ Ce point de vu peut être considéré comme utopique aux yeux de certains, mais possible dans le contexte africain où tout le monde se connaît et où les patients en général ne fréquentent que des structures sanitaires où ils connaissent quelqu'un. Donc établir la situation d'indigence de la personne ou établir son faible revenu est facile. Ce système est pour autant beaucoup plus efficace que celui qui existe déjà à savoir la délivrance d'un certificat d'indigence pour avoir un accès gratuits aux soins car, l'octroi de ce certificat est tellement entaché d'injustice que ceux qui en bénéficient sont souvent loin d'être ceux qui en ont besoin et ce, à cause du clientélisme politique.

⁵⁰⁹ C'est d'ailleurs, ce phénomène qui est à l'origine de la faiblesse du contentieux médical au Sénégal.

420. L'offre de soins de santé suppose une meilleure garantie de l'accessibilité aux établissements sanitaires. Par ailleurs, c'est la qualité de la prise en charge du patient qui donne aux soins de santé leur sens et la Charte du malade n'a pas manqué de le rappeler en disposant que « *les établissements publics de santé ont l'obligation de garantir aux patients un accueil et des soins de qualité* (article 3) *dans le strict respect des droits du malade* » (article 7). C'est en ce sens que le Code de déontologie médicale rappelle que « *le médecin dès qu'il est appelé à donner des soins à un malade et qu'il a accepté de remplir cette mission s'oblige à agir toujours avec correction et aménité envers le malade ou à se montrer complaisant envers lui* » (article 25 alinéa 2).

421. Par ailleurs, malgré ces différentes mesures prises, les problèmes liés à la nature dégradante de l'accessibilité aux soins continuent toujours à se poser avec acuité. Ce contexte est aggravé par la mauvaise prise en charge des patients relative, en dehors de l'état des structures de santé, aux comportements de certains agents de santé et à l'impunité des fautes commises. Pour corriger ce manquement, la réforme de 1998 offre une possibilité réelle aux usagers du service public hospitalier de pouvoir engager la responsabilité de l'hôpital. Elle offre désormais la possibilité d'engager directement la responsabilité de la direction de l'hôpital car il lui appartient de veiller à la bonne organisation et au bon fonctionnement de l'établissement. A cet effet, elle doit offrir aux malades toutes les garanties médicales et non médicales auxquelles ils peuvent prétendre, pourvu que la mise en jeu de la responsabilité de l'établissement, du fait d'une faute de service, lui incombe en tant que représentant légal de l'établissement. Cette responsabilité réparatrice administrative susceptible d'entraîner la condamnation de l'hôpital au versement de dommages et intérêts, s'impute directement à l'administration hospitalière en lieu et place de l'Etat. Cependant, avant de voir la mise en jeu de la responsabilité des établissements de soins (section 2), voyons dans quel cadre ces établissements peuvent constituer un frein à leur fréquentation par les patients (section 1).

Section 1 : Les établissements de soins chasseraient eux-mêmes les patients.

422. Il faut reconnaître que les structures sanitaires ne fournissent que très peu d'efforts pour amener les malades vers elles si bien qu'ils ne s'y rendent souvent qu'à défaut d'un choix alternatif. La négligence envers le malade ou encore la mauvaise qualité de l'accueil sont les principales causes de leur non fréquentation par un nombre important de patients. Ainsi, cette faible qualité de l'accueil et de l'hygiène (paragraphe 1) ainsi que l'interaction thérapeutique demeurent fréquemment pointés du doigt par les usagers des services publics de santé (paragraphe 2).

Paragraphe 1 : La faible qualité de l'accueil et de l'hygiène.

423. De nombreux établissements de santé en Afrique sont « malades » de leurs services d'accueil. Cette situation qui donne une image négative à ces établissements est accentuée par leur manque d'hygiène.

A : Une mauvaise qualité de l'accueil.

424. La faible fréquentation des structures sanitaires modernes ne doit pas toujours être perçue comme résultant des problèmes économiques ou financiers de la part des bénéficiaires, mais plus fondamentalement, résultant, de la mauvaise qualité de l'accueil⁵¹⁰. Ainsi, à ce niveau, il faut distinguer ce qui relève de l'accueil par le personnel de santé et de l'accueil par le personnel administratif.

Au plan administratif, les patients, dès leur arrivé dans les structures de santé font fasses à de longues procédures, qui, parfois, retardent ou alourdissent leur prise en charge. D'ailleurs, très peu de patients maîtrisent ces procédures, car les responsables des services d'accueil ne les leur expliquent pas correctement. Ce manque d'écoute et d'accompagnement du patient est un réel problème au sein d'un bon nombre d'établissements publics de santé. En effet, cette situation s'explique par le manque de professionnalisme des responsables d'accueil, qui ne sont pas suffisamment formés aux rudiments de la déontologie de leur profession et de la Charte des droits des patients. A cet aspect, il faut ajouter les difficultés liées à la communication. Le Sénégal est très marqué par la multiplicité des dialectes et la non maîtrise par les populations de la langue officiel (le français) et parfois même de la langue nationale (le Wolof), ce qui ne facilite pas forcément le dialogue entre le personnel d'accueil et les

⁵¹⁰ Ibrahima Alioune Sall, *Population et décentralisation des services de santé au Sénégal: Approche participative*, document publié par le Ministère de la santé et de l'action sociale, Dakar octobre 1996, p 28.

patients. La mauvaise qualité de l'accueil s'explique également par le fait du grand nombre de patients qui convergent quotidiennement vers les services de santé qui disposent en général de très peu de personnel pour l'accueil et l'orientation des usagers. Ainsi, le personnel d'accueil submergé et débordé, prête très peu d'attention aux sollicitations des patients. Les conséquences qui s'en suivent sont que ces derniers sont souvent mal orientés par rapport au service ou au praticien devant les prendre en charge. Il est ainsi fréquent de voir des patients faire la queue chez un praticien pendant de longues heures pour au final se faire notifier que ce n'est pas à lui qu'il faut s'adresser. Ce dernier les renvoie tout simplement vers le service d'accueil. Ainsi, les responsables de ce service, au lieu de faire autrement pour que ces derniers soient pris en charge les envoient tout bonnement à la maison en leur recommandant de revenir le lendemain.

Au plan thérapeutique, l'accueil n'est pas toujours chaleureux. Ce constat se fait remarqué aussi bien niveau du corps paramédical que médical. Ainsi, des infirmiers et infirmières au visage fermé qui, lorsqu'ils ne vous ignorent pas la plupart du temps, vous crient dessus. Rarement, la courtoisie fait partie des usages, à cela s'ajoute, une attente interminable dans les couloirs de l'hôpital, pour être pris en charge ou se faire consulter par un médecin. Il n'est pas rare de voir un médecin arriver à 11h alors qu'il est annoncé à 9h et cela souvent pour des raisons personnelles non indispensables, en général par simple préférence d'aller donner des soins dans des cliniques en délaissant son poste pendant ses heures de service. Qui plus est, le patient est même parfois victime de chantage pour pouvoir accéder rapidement à un médecin. C'est ce qui amène les usagers du service public à ne pas se rendre nécessairement dans la formation sanitaire la plus proche, mais dans celle où ils connaissent quelqu'un directement ou indirectement ou par voie de recommandation. Dans ce cas, les relations que les soignants entretiennent avec leurs patients deviennent beaucoup plus interactives et même parfois particulièrement chaleureuses. Il n'est pas rare de voir le soignant abandonner son poste et ses malades pour s'occuper de son protégé, le guider et l'introduire auprès de ses collègues. Voilà le visage de l'accueil dans les formations sanitaires au Sénégal comme partout d'ailleurs en Afrique.

425. La mauvaise qualité de l'accueil est ainsi l'un des aspects les plus dénoncés par les usagers du service public de santé. La plupart de ces usagers se plaignent, comme nous venons de le rappeler, de la nature des structures d'accueil qui est de mauvaise qualité car,

souvent, ils ne sont pas orientés correctement en fonction de leur maladie. Egalement, ils se plaignent constamment du comportement du personnel de santé⁵¹¹, alors qu'il relève de leur entière responsabilité de respecter les droits du patient⁵¹². Rappelons que les bénéficiaires des services de santé se sentent plus réconfortés lorsque le personnel, aussi bien administratif que médical, discute avec eux en leur consacrant du temps et, par conséquent, en les prenant mieux en charge. On comprend donc aisément le choix des bénéficiaires des services de santé qui se dirigent vers la médecine traditionnelle. A ce niveau, les patients se sentent psychologiquement plus proches de leurs soignants. Ainsi, la fréquentation des guérisseurs ne se traduit pas forcément par un besoin de traitement traditionnel mais par la recherche chez ces derniers d'une écoute et d'une attention à leurs soucis.

426. En effet, tout le monde s'accorde à reconnaître que des services d'accueil de qualité font défaut dans bon nombre d'établissements de santé en Afrique. Ainsi, leur amélioration entraînerait la fréquentation des hôpitaux par les populations et par conséquent permettra aux établissements de santé d'avoir les ressources financières nécessaires pour améliorer leurs prestations. Pour se faire, les établissements sanitaires du vieux continent doivent adhérer et développer dans leur mode de fonctionnement le slogan : «Que le patient soit bien accueilli, bien traité et bien géré». Ce slogan doit être le leitmotiv des structures sanitaires. Ce qui permettra de réduire le temps d'attente, améliorera la prise en charge des malades et la manière d'orienter ceux-ci. La formation des ressources humaines est nécessaire dans ce cas car celles-ci ne sont pas assez souvent formées ni informées de l'utilité de l'accueil, elles sont pourtant le premier contact du malade avec l'hôpital.

Il faut noter que l'accueil est la vitrine de tout établissement. Tout patient mal accueilli sera mal soigné et tout patient bien accueilli est déjà bien réconforté. La valeur psychologique, morale et même physique, de cet apport est inestimable et le sourire en serait l'élément

⁵¹¹ Pourtant, l'article 25 du décret n° 67-147 du 10 février 1967 portant Code de Déontologie médicale au Sénégal dispose clairement que « le médecin dès qu'il est appelé à donner des soins à un malade et qu'il a accepté de remplir cette mission, s'oblige à agir avec correction et aménité envers le malade ou à se monter complaisant envers lui ».

⁵¹² Les autorités étatiques à travers la réforme hospitalière ont réaffirmé une fois de plus leur attachement au respect des droits du malade au niveau des structures de soins. En ce sens, la consécration de la Charte du malade en est la parfaite illustration. Cependant, des efforts restent encore à fournir pour sa mise en œuvre effective car non seulement les malades pour la plupart ignorent l'existence de cette Charte ou sa portée, mais surtout les relations soignants /soignés apparaissent comme très souvent insatisfaisantes, problème auquel il faudra remédier.

déclencheur. Le patient se sentirait à l'aise au même titre que les autres plus nantis, et apprécierait à sa juste valeur la convivialité et le respect dont il a fait l'objet.

427. Tout compte fait, personne ne peut réfuter que c'est l'accueil qui est la vitrine de tout établissement. Cependant, c'est l'hygiène qui donne à celui-ci tout son éclat. C'est ce qui fait défaut dans la plupart des structures de santé en Afrique.

B : Un manque d'hygiène dans les établissements de soins.

428. Le secteur sanitaire, il faut le dire, est un univers non seulement traumatisant à cause de son plateau technique défaillant, du manque de personnel et de l'attitude indifférente ou arrogante des soignants, mais aussi, à cause du manque d'hygiène et de propreté des lieux. C'est pourquoi, il est fréquent d'entrer en établissement de soins avec une maladie (ou même sans maladie) mais d'en ressortir avec une autre, suite aux infections nosocomiales.

429. Il faut tout d'abord rappeler que la surpopulation des structures de soins ne permet pas le respect des règles d'hygiène. L'organisation de ces structures, notamment pour les fonctions hôtelières, n'apporte pas toujours une réponse adaptée aux attentes des patients et de leurs familles, surtout en matière d'hospitalisation. Les structures hôtelières des établissements de soins sont réputées avoir des équipements obsolètes, non renouvelés pour la plupart et qui manquent de maintenance adéquate, et sont de surcroît surpeuplées. C'est ce qui est à l'origine des mauvaises conditions d'hospitalisation notées ça et là. Cette situation de surpopulation des structures de soins crée le confinement et la promiscuité des patients, favorisant ainsi la transmission de maladies.

430. Cette surpopulation des établissements de soins, doublée du laxisme de certains responsables sanitaires entraînent le non respect des normes en matière d'hygiène dans les services de soins. Prenons l'exemple des salles d'accouchements dont le manque d'entretien

des tables d'accouchement est fréquemment critiqué par les femmes. A titre d'illustration, une femme admise dans une salle d'accouchement d'un centre de santé dont nous préférons taire le nom raconte ceci, « *les tables étant pratiquement toutes occupées, j'ai du me coucher sur la seule table libre, table qui, à force de ne pas être suffisamment nettoyée, était recouverte de taches de sang restées collées sur la toile qui la recouvre. Malgré cet état pitoyable, j'ai accepté par manque de choix car ne pouvant plus supporter la douleur d'une grossesse à terme* ». La patiente attrapa par la suite une infection nosocomiale confirmée par les analyses médicales⁵¹³. Elle a été obligée de déboursier de l'argent pour se soigner malgré qu'il soit avéré qu'elle a été infectée dans l'établissement de soins où elle est venue accoucher⁵¹⁴.

431. Le risque d'infection nosocomiale reste élevé à cause également d'une grande insalubrité des sanitaires hospitaliers dont il est important de faire état. L'entretien des locaux est tellement défectueux qu'on pourrait avoir l'impression qu'il n'existe pas de service de nettoyage dans ces structures de soins. Cependant, il faut reconnaître que les usagers des services de soins sont les premiers responsables de cet état de fait. Ainsi, l'incivisme des sénégalais est sans précédent en matière de dégradation des édifices publics. Et, ce fait est constaté à tous les niveaux. Après avoir satisfait leurs besoins, les usagers font très peu d'acte de civisme. Les toilettes publiques deviennent alors plus des lieux à haut risque d'infection à cause de leur manque d'hygiène, que des lieux de soulagement pour les usagers. On remarque cette attitude même à l'université de Dakar qui est censée être le temple du savoir et de la bienséance où sort la future élite intellectuelle de la nation. C'est dans ces lieux qu'existent des sanitaires dans les pires états. Pourtant de grands efforts ont été faits par les autorités universitaires en construisant plus de sanitaires pour améliorer les conditions d'hygiène. Malgré cela, il est quasiment impossible de se rendre dans ces lieux sans répulsion et ceux qui les fréquentent ne nous démentiront pas. Telle est la situation des édifices publics au Sénégal qui sont victimes d'une part de la négligence des autorités mais surtout de l'incivisme de la population.

⁵¹³ Françoise Yandé Ndour, op. cit. p.16.

⁵¹⁴ En France les usagers des services publics de santé victimes d'infections nosocomiales bénéficient d'une indemnisation au titre de la solidarité nationale en application de la loi du 4 mars 2002. L'équivalent de cette disposition n'existant pas au Sénégal, c'est plutôt de « la solidarité familiale » qui prévaut car les victimes des infections nosocomiales ne bénéficient que du soutien de leur entourage.

432. En outre, il ressort des exemples cités que le manque d'hygiène ne résulte pas seulement de la nature des structures de soins, mais aussi des comportements des patients, qui rendent parfois ces lieux malpropres, voire même impraticables. Cela peut également être du fait des visiteurs⁵¹⁵. En effet, il est regrettable de voir les hôpitaux envahis par l'entourage des patients. Ainsi, on se croirait parfois dans un marché tellement l'affluence est importante. Très peu d'attention est accordée au respect des règles d'hygiène. Les usagers versent toutes sortes de déchets dans les sanitaires et leurs abords en se disant que les services d'entretien se chargeront de nettoyer. C'est là que l'éducation à la santé devrait être interpellée. Ainsi, il faudrait que des comportements citoyens soient adoptés dans les lieux publics tels que les établissements de santé afin de mieux les entretenir et d'y rendre les conditions de vie agréable⁵¹⁶. C'est là que la réforme du système hospitalier, en déterminant les devoirs du malade et de son entourage⁵¹⁷, prendra tout son sens.

Rappelons enfin que le manque d'hygiène favorise la prolifération des maladies et incite certains à ne jamais vouloir se rendre dans les structures de soins. Il convient donc d'accorder plus d'attention à l'augmentation des effectifs d'agents d'entretien, d'hygiène et de maintenance qui font particulièrement défaut au niveau des structures de santé. Il convient aussi de corriger les défaillances notées en matière d'interaction thérapeutique afin d'encourager les patients à aller vers les hôpitaux.

⁵¹⁵ Pourtant, il est du devoir du malade et de son entourage selon l'article 10 de la Charte du malade de se conformer aux normes de conduites requises pour sauvegarder la sécurité de l'hôpital et la salubrité de son environnement.

⁵¹⁶ L'hôpital ne doit pas être seulement un lieu de réparation mais aussi un lieu de vie.

⁵¹⁷ Article 5 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière, confirmé par les articles 11 et 12 de la Charte du malade qui consistent à protéger le patrimoine de l'hôpital mais aussi à participer à la préservation et au renforcement de l'harmonie sociale au sein de l'hôpital.

Paragraphe 2 : L'interaction thérapeutique souvent pointée du doigt.

433. Le dialogue médecin-patient comme impératif qui gouverne l'interaction thérapeutique fait beaucoup défaut dans les établissements de santé. Qu'en est-il alors de l'information et du secret médical dans le contexte africain ?

A : Une difficile relation soignants/soignés.

434. La relation du personnel de santé avec des patients, est déterminée par le non respect des normes de bienséance. Cette « incivilité » profonde couvre de nombreux aspects, depuis les attentes injustifiées ou mal organisées infligées aux patients, jusqu'à la non prise en considération de l'intimité ou de la pudeur des patients. Le reproche souvent exprimé par les patients « on ne nous regarde même pas » symbolise bien ce sentiment d'humiliation éprouvé par beaucoup. Ainsi, pour les patients ordinaires, l'univers médical moderne est un univers non seulement traumatisant à cause de la maladie, mais aussi traumatisant à cause de l'attitude indifférente ou arrogante du personnel de santé. Pourtant, le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est un principe à valeur constitutionnelle⁵¹⁸. L'article 7 de la Constitution du 22 janvier 2001 dispose à cet effet que « *la personne humaine est sacrée et inviolable. Elle à droit à la vie, à la liberté, à la sécurité, au libre développement de sa personnalité et à l'intégrité corporelle* ». Ce principe entre également dans les obligations déontologiques du médecin et des autres professionnels de santé. C'est du moins ce que révèle le décret 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de déontologie médicale en disposant en son article 2 que « *le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin* ». Donc, le médecin doit adopter une attitude

⁵¹⁸ Cons. Cons. Fr., 27 juillet 1994, n° 94-343/344 DC, considérant n° 18.

correcte à l'endroit du patient et ne doit ni favoriser, ni cautionner une atteinte à sa dignité⁵¹⁹. La charte des droits du malade dispose à ce propos en son article 7 que « *le malade à droit au respect de sa vie privée, de ses croyances, ainsi que de la confidentialité des informations personnelles et médicales le concernant* ».

435. Au-delà de l'indifférence ou du mépris, il y a parfois la violence, celle des mots ou des gestes et ce sont les maternités qui, partout, en sont les lieux privilégiés. Les parturientes témoignent souvent des violences qu'elles ont subies de la part des sages-femmes⁵²⁰. Cette attitude est courante. Pourtant, elle constitue une violation de l'un des principes sacro-saints de l'exercice de la médecine qu'Hippocrate a écrit dans son serment « *je dirigerai le régime des malades à leur avantage et je m'abstiendrai de tout mal* ». Même les nouveaux nés ne sont pas épargnés. Les témoignages de Gorgui Diaw, gynécologue obstétricien à l'Hôpital Général de Grand-Yoff, lors d'une séance de discussion tenue avec les participants de l'atelier de partage sur la maltraitance des enfants, tenu à Saly le 28 août 2010, sont choquants. Selon ce dernier, la maltraitance des enfants qui englobe les violences physiques et psychologiques commence dans les salles d'accouchement où les bébés sont violemment accueillis, traumatisés à la minute où ils arrivent au monde. « *Les bébés arrivent au monde avec beaucoup de bruits autour, quelques paires de claques pour les faire crier, le froid de la climatisation, le contact glacial de la paillasse, autant de violences qui laissent des traumatismes que les sages-femmes ont du mal à saisir* », ajoute-il. Il soutient également qu'il y a diverses formes d'accidents enregistrés en salle d'accouchement qui sont banalisés. Ceux-ci, allant des plexus, aux fractures de bassins qui laissent des traces de traumatismes psychologiques et physiques pour toute la vie. Il lance à cet effet un appel aux autorités sanitaires pour qu'elles sensibilisent les sages-femmes afin d'éviter ces accidents qui laissent des séquelles, notamment médicales et psycho-affectives dramatiques⁵²¹.

⁵¹⁹ Cass. Req., 28 janvier 1942, Teyssier, Les Grandes décisions du droit médical, sous la direction de François Violla, LGDJ 2009, p. 29-30.

⁵²⁰ Témoignages que j'ai personnellement recueillis lors de mon stage en 2005 à l'Hôpital Général de Grand Yoff de Dakar.

⁵²¹ APS : Samedi-dimanche 28 et 29 août 2010, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 29 août 2010.

436. Au-delà de la violence, on constate une absence d'écoute du malade. Celle-ci se traduit le plus souvent par une négligence des propos des malades non plus au niveau de la bienséance, mais au niveau de l'interaction thérapeutique. Les soignants en général non seulement ne sollicitent pas l'expression des plaintes ou la description par le patient des symptômes de sa maladie ou de sa douleur, mais le découragent souvent⁵²². Le dialogue est le plus souvent réduit à sa plus simple expression : quelques questions brèves et stéréotypées au patient⁵²³. A ce propos, le médecin colonel et professeur à l'Université de Dakar, Sérigne Maguèye Guèye indique que « *pour qu'un médecin devienne un garant de la qualité médicale, il doit, sans nul doute, être un très bon communicateur* ». Il déplore ainsi que 80% des procès intentés contre les médecins soient liés aux problèmes de communication⁵²⁴.

437. Concernant l'information au malade, il faut remarquer que bien souvent aucune explication exhaustive n'est fournie sur le diagnostic, sur la maladie et son évolution, sur les problèmes que peuvent poser les traitements. Egalement, les ordonnances sont délivrées sans informations véritables. Autrement dit, l'interaction avec le malade n'est presque jamais, pour le soignant, l'occasion de faire un minimum d'«éducation pour la santé». Cette situation s'explique par le fait qu'au Sénégal, le médecin n'était soumis à aucune exigence légale précise et spécifique relative à la volonté du patient. En particulier, son Code ne lui en tenait pas rigueur. Abandonné à sa seule conscience, la décision lui revenait de dire ce qu'il fallait faire ou ne pas faire.

⁵²² Ce phénomène récurrent dans les structures publiques de santé n'est pas toujours dû à la mauvaise foi des soignants, mais ils sont parfois tellement submergés qu'ils ne peuvent accorder que très peu de temps aux patients. Tout de même, cela comporte une réelle entorse à la déontologie qui dit que « le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte ce travail » (article 26 Code de déontologie médicale du Sénégal).

⁵²³ J'ai moi-même vécu une expérience inédite en ce sens. Le service médical des étudiants de l'université de Dakar est souvent débordé en période des examens surtout, à cause du stress mais aussi de la mauvaise qualité des repas servis par les restaurants universitaires. A cet effet, les médecins ne prêtent, dans cette période, aucune attention sérieuse aux patients. Ayant croqué la veille un morceau de pierre qui se trouvait dans le riz servi, je me suis percé une dent et j'ai eu mal toute la nuit. Le lendemain, je me suis rendu au service dentaire et le médecin m'a juste demandé ce qui n'allait pas, je lui ai fait part de ma douleur et sans autre question il m'a demandé de m'allonger, j'ai obéi et je me suis laissé faire ; à ma grande surprise sans diagnostic et sans traitement, hormis un bref coup d'œil sur le lieu sinistré, il a pris son « matériel d'arrache dent ». Aussitôt, je lui ai demandé ce qu'il allait faire, il m'a répondu qu'il allait m'enlever la dent qui faisait mal. Dépassé par les faits, mais pas étonné car c'est la solution thérapeutique la plus utilisée par nos dentistes pour se débarrasser au plus vite de leurs patients, je lui ai demandé si j'avais consenti à ce choix thérapeutique ou pas. Et là, j'en ai profité pour lui donner quelques leçons de déontologie médicale acquises pendant ma formation en droit de la santé.

⁵²⁴ Le Soleil du samedi 30 octobre 2010, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 1^{er} novembre 2010.

438. Il faut attendre 1998 pour que le législateur exige du médecin et de l'ensemble des professionnels de santé le respect des droits des patients. C'est avec la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière que les praticiens vont être réellement soumis aux obligations légales de respect des droits des patients (articles 4, 5, 6 et 7). Ainsi, en ce qui concerne l'information du patient, aucun soin ne peut désormais être dispensé au malade sans son consentement libre et éclairé, celui des parents ou des représentants légaux, sauf en cas de force majeure. A ce sujet, le juge français évoquera que tout manquement à cette obligation est une violation manifeste du respect de la personne humaine, une faute grave, personnelle du praticien en question et détachable du service. A ce propos, il dira dans l'affaire Teyssier⁵²⁵, « *attendu que comme tout chirurgien d'un service hospitalier est tenu, sauf cas de force majeure, d'obtenir le consentement du malade avant de pratiquer une opération dont il apprécie, en pleine indépendance, sous sa responsabilité, l'utilité, la nature et les risques ; qu'en violant cette obligation, imposée par le respect de la personne humaine, il commet une atteinte grave au droit du malade, un manquement à ses devoirs proprement médicaux...* ».

439. L'information doit être donnée en tenant compte du niveau de compréhension du patient et toute personne ayant connaissance est tenue de garder le secret. Malheureusement, nous sommes encore, en réalité, dans l'hypothèse où l'information médicale et le savoir constituent le domaine exclusif du médecin⁵²⁶. Même en ville l'obligation d'information s'analyse en un contrat d'adhésion. En effet, c'est le médecin qui décide. Le patient et ses proches sont obligés d'exécuter les ordres de celui-ci. Tout cela parce que le médecin maîtrise la consistance de l'information et l'intervention d'un interprète n'est pas nécessaire. La majorité de la population sénégalaise souffre de l'analphabétisme. Au Sénégal, contrairement à la France, l'instruction n'est pas effectivement obligatoire⁵²⁷. La plupart de la population ne connaît pas ses droits, droits que le médecin ne respecte pas toujours. La compréhension par le patient de ses droits suppose un minimum d'instruction.

⁵²⁵ Cass. Req., 28 janvier 1942, *Les Grandes décisions du droit médical*, op. cit., p. 128.

⁵²⁶ Il est fréquent qu'à l'hôpital une femme fasse l'objet d'une césarienne sans que l'entourage très proche en ait au préalable été informé. Quand bien même, l'état du bébé et celui de sa maman nécessitent cette intervention chirurgicale, la famille devrait être informée. Cet aspect est important car l'information permet le soutien de l'entourage. Mais, elle permet également au patient d'exercer ses droits (droit du consentement aux soins, droit au choix thérapeutique etc.).

⁵²⁷ L'intermédiation d'un interprète est alors nécessaire. Le rôle de l'interprète a été exigé fermement par le Code sénégalais de la procédure civile.

B : De l'information et du secret médical dans le contexte africain.

440. L'information et le secret médical font partie des principes fondamentaux de l'offre de soins⁵²⁸. Cependant leur respect dans le contexte africain n'est jamais évident et ce, à tous les niveaux, que ce soit du côté du personnel de santé comme du côté du patient et de son entourage.

a) L'information médicale.

441. Elle porte sur les actes médicaux qui sont essentiellement les diagnostics, les analyses et prescriptions opérés par le médecin. Par exemple, le médecin doit avant d'entamer toute opération informer le patient qu'une modification ou une extension du plan opératoire est possible. Il doit être donné au patient les moyens de se déterminer librement sur le choix d'une thérapeutique ou d'une prise en charge hospitalière en fonction des conséquences financières de sa décision sauf s'il est en situation d'urgence. Dans ce cas, la loi n° 98-08 du 2 mars 1998 sur la réforme hospitalière interdit l'engagement de toute procédure financière avant la levée d'urgence. Les informations ainsi livrées doivent être claires et appropriées à l'état du patient (article 5 de la Charte sénégalaise du malade). Ainsi, « *le malade, bien renseigné sur son état, est le premier auxiliaire du praticien pour lutter contre l'affection dont il souffre* », rappelle Marc Dupont⁵²⁹. Cette affirmation est aujourd'hui totalement inscrite dans les textes. On peut à titre d'exemples citer la loi Kouchner du 4 mars 2002 et l'article L. 1111-2 du Code de santé publique⁵³⁰.

442. Par ailleurs, cette période révolue dans les pays développés où le médecin détenait le savoir et l'information médicale, persiste toujours en Afrique. Le praticien,

⁵²⁸ Les articles 6 et 7 de la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière.

⁵²⁹ Marc Dupont, Claudine Bergoignan-Esper et Christian Paire, op. cit., p. 643.

⁵³⁰ Il impose une obligation d'information à la fois préalable à tout acte médical mais aussi postérieure à celui-ci ainsi que ses modalités de mise en œuvre.

volontier paternaliste, continue toujours dans ces pays à employer des termes médicaux peu compréhensibles par celui qui n'avait pas connaissance de la science médicale. André Demichel considère cette attitude du médecin, d'en dire le moins possible aux patients, comme « *à la fois d'une crainte de se tromper et d'être accusé de se tromper, d'un sentiment de perdre du temps en donnant des explications à un malade qui, n'étant pas un professionnel, ne les comprendra pas, et aussi d'une volonté de préserver l'aspect magique de la médecine en parlant peu* »⁵³¹.

443. Par ailleurs, le praticien est-il toujours tenu à l'obligation d'information « claire » ? Une information claire est-elle toujours « appropriée » sur l'état du patient ? Ces questionnements posent le débat sur les cas de diagnostic grave ou du pronostic fatal. Ainsi, que faire dans ces conditions et jusqu'où doit aller l'obligation d'information et de sincérité ? Le médecin a-t-il le droit de mentir ? Dans certains pays comme les Etats-Unis l'obligation d'une information totale et sincère est exigée. Elle est nuancée dans d'autre pays. En France par exemple l'article 42 du Code de déontologie médicale établit qu'un diagnostic grave ne doit être révélé qu'avec une extrême prudence et que le malade peut être tenu dans l'ignorance de son état⁵³². Au Sénégal, l'article 31 du Code de déontologie médicale dispose qu'« *un pronostic peut légitimement être dissimulé au malade* ». Il ajoute, « *un pronostic fatal ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection, mais il doit l'être généralement à sa famille, à moins que le malade ait préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite* ». Cependant, nous pensons qu'en aucune manière, le praticien ne doit être soumis à une obligation de sincérité envers son patient quelles que soient les circonstances et n'a aucun droit de dissimiler des informations concernant l'état du patient. L'important c'est de transmettre l'information avec tact, agir avec correction et se montrer très compatissant envers lui.

444. Il faut souligner que l'information des proches du malade n'est pas obligatoire mais nécessaire lorsque son état l'exige. Elle est souvent plus délicate que celle du malade.

⁵³¹ A. Demichel, op. cit., p. 49.

⁵³² Monsieur Demichel trouve cette solution (le droit d'appréciation de la situation du malade reconnu au médecin) tout à fait correcte car selon lui si « la sincérité est souvent la meilleure solution, un mensonge partiel peut aussi aider le malade » (A. Demichel, *Le droit de la santé*, op. cit., p.50).

L'entourage du patient, de composition variée, veut savoir et interroge le médecin et l'équipe paramédicale. Cependant, cette information doit être faite avec prudence et précaution. La confidentialité est en effet la règle. Les textes traitent exclusivement du diagnostic ou du pronostic grave. Dans ce cas, sauf opposition de la personne malade, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille ou les proches reçoivent des informations. Celles-ci sont toutefois limitées à ce qui est nécessaire pour le soutien direct du patient (article L. 1110-4 CSP). Les aspects liés à l'information de l'entourage posent un grand problème en Afrique d'où celui de la fiabilité du secret professionnel.

b) Le secret médical et professionnel.

445. Le secret professionnel se présente sous le signe d'un gage d'indépendance de toute profession. Le domaine médical ne déroge pas à cette obligation. Comme l'a si bien écrit Louis Portes : « *il n'y a pas de médecine sans confidences ni de confidences sans secret* »⁵³³. Ce principe est si important qu'Hippocrate, écrivait déjà, des siècles avant ces propos de Monsieur Portes que : « *admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés* ». Ainsi, le secret des informations concernant l'état du malade et qui, sauf dérogations accordées par la loi, s'impose à tous ceux qui interviennent dans l'établissement de santé.

446. Au Sénégal, le principe du secret médical ne relevait que du domaine du Code de la déontologie médicale. Prévu par l'article 7 dudit Code, il n'est énoncé dans le droit sénégalais qu'à partir de la réforme hospitalière de 1998 qui impose à tous le respect du secret professionnel et médical. C'est du moins ce qu'on peut retenir à la lecture de l'article 7 de la loi sur la réforme hospitalière lorsqu'elle dispose que, « *le personnel des établissements hospitaliers est tenu de respecter le secret professionnel* ». Les établissements et le personnel sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes accueillies, conformément aux lois et règlements en vigueur⁵³⁴. On remarque donc que la loi

⁵³³ Louis Portes, *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Éditions Masson-PUF, 1954, p.131 et s.

sur la réforme hospitalière impose aux établissements et au personnel de garder la confidentialité des informations qu'ils détiennent. Cela implique donc le caractère collectif du secret, c'est-à-dire que l'obligation de confidentialité concerne toutes les personnes qui détiennent le secret. Le secret a aussi un caractère absolu, c'est-à-dire qu'il s'impose à tous, et couvre tout ce qui a été confié, tout ce qui a été vu, entendu ou compris à l'occasion de l'exercice de la fonction. Sur ce point, un médecin traitant a vu sa responsabilité engagée devant le conseil national de l'ordre des médecins (en France) pour avoir remis à une femme un certificat attestant que son mari se trouvait dans un état dépressif très important et en pleine crise délirante, ce qui rendrait la présence de celle-ci et de ses enfants dangereuse; ce qui avait poussé la dame à déclencher une procédure de divorce sur la base de ce certificat. Ainsi le conseil national de l'ordre des médecins à la suite de la plainte du mari déposée devant le conseil régional de l'ordre, a interdit à ce médecin d'exercer pendant quinze jours pour motif de la violation du secret professionnel⁵³⁵. On remarque bien que la violation du secret médical est une faute grave. A cet effet, l'article 363 alinéa premier du Code pénal, s'inspirant de l'article 378 ancien du Code pénal français, réprime toute violation du secret médical. Il dispose ainsi, « *les médecins, chirurgiens, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 50.000 à 300.000 francs* ».

447. Il faut également rappeler que l'obligation de respecter le secret médical ne cesse pas avec la vie du patient. A la mort de ce dernier, le médecin ne doit pas révéler une information couverte par le secret⁵³⁶. Ainsi, en posant le principe de l'accès du public aux Archives Nationales du Sénégal, le décret n° 81-430 du 15 avril 1981 précise toutefois que les documents comportant des renseignements à caractère médical pouvant porter atteinte à la sûreté de l'Etat ou à la vie privée des individus ne peuvent être communiqués que cent vingt

⁵³⁴ Repris par la Charte du malade qui dispose que le malade a droit au respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales le concernant (article 7) et le Code pénal dont l'article 363 sanctionne d'un à six mois de prison et cinquante mille à trois cents mille francs CFA d'amende.

⁵³⁵ Le quotidien du médecin n° 6681 du mercredi 5 avril 2000, p. 26.

⁵³⁶ Moreau (J) et Truchet (D), op. cit., p. 257.

(120) ans à compter de la naissance de l'individu⁵³⁷. Par ailleurs, le décret 2006-596 du 10 juillet 2006 portant organisation et fonctionnement de la direction des archives nationales va nettement réduire ce délai. Selon l'article 29 dudit décret, les documents pouvant porter atteinte à la vie privée des individus, en ce qui concerne les renseignements à caractère médical ou génétique sont communiqués 50 ans à compter de la date de décès de ceux-ci.

448. Par ailleurs, le secret professionnel et médical souffre de beaucoup de dérogations. Il s'agit de la divulgation d'information lorsqu'un risque d'infection est en cause. Dans ce cas, il est autorisé aux médecins et aux responsables des services et laboratoires d'analyse de biologie médicale de transmettre à l'autorité sanitaire des données individuelles (mais en protégeant l'anonymat) concernant les maladies qui nécessitent une intervention urgente et dont la surveillance est nécessaire à la politique de santé publique. Il s'agit aussi, de la levée du secret à l'endroit des organismes de conseil et de contrôle (information du médecin conseil de la caisse de sécurité sociale), la levée du secret à l'égard du médecin du travail⁵³⁸. Il faut noter que les médecins qui interviennent dans ces domaines sont tenus au secret vis-à-vis de l'administration ou de l'organisme qui les emploie. Ils lui fournissent leurs conclusions sur le plan administratif sans pouvoir en indiquer les raisons médicales. Il s'agit également de la délivrance des informations aux bénéficiaires de certaines administrations ou certains organismes tels que les services judiciaires. Ce rôle est souvent confié au médecin-expert. Ainsi, le secret n'est pas opposable au médecin-expert et celui-ci n'y est pas tenu. Mais il doit taire ce qu'il a pu apprendre à l'occasion de sa mission et qui n'est pas utile à la réponse aux questions posées dans la décision qui l'a désigné. Donc, l'information délivrée doit tout simplement être juste et nécessaire. Le secret n'est également pas opposable par le médecin au malade lui-même, ni à ses proches ou ses héritiers dans la mesure où les intérêts même posthumes du malade ne sont pas menacés. A cet effet, la Cour Administrative d'Appel de Paris dans sa décision du 7 octobre 1999 condamnait l'AP-HP au versement de 15.000F à Mme Hansel parce que sa fille, contestant le testament que son père avait établi avant de décéder suite à une démence sénile à la seule faveur de son fils, s'est vu refuser la communication du dossier médical de son père. Selon le juge, « *la circonstance qu'il existe un*

⁵³⁷ Cf, Samba Thiam, « Déontologie médicale et tradition africaine », art. cit., p. 16.

⁵³⁸ Le docteur Mor Ndiaye, dans son cours de responsabilité du médecin du travail, (Service de médecine du travail, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie), souligne avec véhémence que le médecin du travail, bien que conseiller de l'employeur, n'est pas en droit de révéler des informations de nature médicale.

*litige n'est pas de nature à faire obstacle à cette communication. Donc le refus opposé à la demanderesse est illégal »*⁵³⁹.

c) Comment peut-on arriver à respecter le secret médical dans un continent caractérisé par la civilisation de l'oralité⁵⁴⁰ ?

449. Il existe encore en Afrique de nombreuses cultures sans écriture⁵⁴¹. Remplir un formulaire dans ce cas n'est que le propre de ceux qui ont le pouvoir de l'écriture, les élites. C'est pourquoi un économiste a pu écrire que l'oralité est l'une des grandes faiblesses de l'Afrique noire⁵⁴². En Afrique pour éviter la rupture d'une solidarité familiale, l'information doit être partagée par la famille et son entourage, ce qui hante le médecin. Nonobstant cette psychose, le praticien est obligé parfois de diffuser le secret. Les médecins africains qui manifestent un grand attachement au secret médical, s'indignent contre la large diffusion des informations médicales au sein de l'entourage⁵⁴³. En effet, la famille influe largement sur la démarche médicale, car la vie en communauté est telle que le malade et ses proches s'obligent à recevoir les membres du groupe à l'hôpital ou à la maison. Les droits individuels étant envisagés comme des droits collectifs, il est alors difficile de garder le secret, comme l'a si bien dit Socrate : *« il y a plus de peine à garder un secret qu'à tenir un charbon ardent dans sa bouche »*⁵⁴⁴. Ainsi, la révélation de certaines maladies peut être source d'isolement, d'immoralité. On en parle, on en fait un sujet de commentaire. Le lit d'hôpital devient l'arbre à palabre, l'affichage des heures de visite important peu, car avec les relations, on accède aisément au lit du patient. Encore, faut-il ajouter que les structures hospitalières ne permettent

⁵³⁹ Cour Administrative d'Appel de Paris, 7 octobre 1999, Mme Hansel c/ l'AP-HP, AJDA, 20 avril 2000, p. 353.

⁵⁴⁰ En Europe, « le secret professionnel et la tradition » n'est pas un sujet qui hante parce que la société européenne est essentiellement fondée sur l'individualisme.

⁵⁴¹ Voir en ce sens Amadou Aly Dieng, « L'écriture depuis 5000 ans », in le quotidien Walfadjiri, n° 4225 des 15, 16 et 17 avril 2006, p. 8.

⁵⁴² Amadou Aly Dieng, art. cit., p. 8.

⁵⁴³ Témoignage du professeur Lamine Sow de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'onto-stomatologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

⁵⁴⁴ Amsatou Sow Sidibé, art. cit., p. 2.

révèlent qu'il est séropositif pour le VIH. Ainsi, le médecin lui enjoint de ne plus avoir des rapports sexuels non protégés avec son épouse, sous peine de compromettre sa vie et éventuellement celle de l'enfant. Mais le mari s'abstient d'informer son épouse, ce que le médecin a pu constater trois mois plus tard au cours d'une conversation avec la jeune fille, a rapporté Lamine Sow. Nonobstant l'insistance du médecin d'avertir son épouse et de cesser toute relation sexuelle non protégée, le mari s'est entêté⁵⁴⁷. Des chercheurs en Côte d'Ivoire⁵⁴⁸ se sont également demandés comment assurer le traitement du Sida chez une femme enceinte sans que son mari ne soit informé de cette infection. Pareillement, le problème du partage de l'information se pose ici. La solution s'inscrit réellement dans le dialogue médecin-patient, c'est-à-dire qu'avec la complicité de ces acteurs, on trouvera le moyen de protéger le mari ou la femme sans avoir à violer le secret médical. C'est ainsi, par exemple, lorsque la femme estime que le médecin lui a déconseillé de tomber enceinte, ce qui nécessite dans une large mesure des rapports protégés.

452. Ces constats nous permettent de réaffirmer avec certitude qu'en matière de prise en charge médicale, la confiance entre le praticien et le patient est essentielle. Les patients attachent beaucoup d'importance à la qualité du dialogue établi avec le praticien, autant qu'aux soins dont ils bénéficient. Il est donc indispensable, en établissement public comme privé, que la meilleure relation s'instaure entre le patient et celui qui le soigne. Le législateur français a bien compris cette donnée en instituant la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé. Un exemple que le législateur sénégalais tarde à suivre, c'est pourquoi nous l'en exhortons fermement.

453. En définitive, il faut rappeler qu'en Afrique, les établissements hospitaliers, ainsi que leur personnel ne respectent pas toujours les obligations permettant d'assurer un meilleur service de santé. Cependant, d'importants efforts ont été fournis pour faire des établissements de santé un lieu de guérison et de soulagement des patients. A cet effet, les lois sur la réforme hospitalière attribuent à la direction toute la responsabilité de l'établissement de

⁵⁴⁷ Le professeur Amsatou Sow Sidibé a donné également l'exemple d'une jeune fille séropositive faisant preuve d'une grave irresponsabilité, en entretenant des relations charnelles non protégées avec son amant marié.

⁵⁴⁸ Laurent Vidal, « Éthique et recherche en sciences sociales sur le SIDA : quel apport pour la biomédecine ? », in Actes du Colloque international *Droit et Santé en Afrique*, Dakar, 28 mars-1^{er} avril 2005, Les Études hospitalières, p. 194.

santé. Il lui appartient ainsi de veiller à la bonne organisation et au bon fonctionnement de l'établissement. Elle doit donc offrir aux malades toutes les garanties médicales et non médicales auxquelles ils peuvent prétendre, faute de quoi sa responsabilité peut être engagée. Cette responsabilité réparatrice administrative susceptible d'entraîner la condamnation de l'hôpital au versement de dommages et intérêts, intéresse directement l'administration hospitalière en lieu et place de l'Etat. Ainsi, les patients ou leurs entourages peuvent engager la responsabilité du directeur en cas de faute dommageable, car comme le note Marie-France Callu « *si, selon Socrate, nul n'est méchant volontairement, chacun d'entre nous doit répondre de ses actes. La responsabilité civile, pénale ou déontologique⁵⁴⁹, est une démarche juridique et judiciaire qui permet de jauger nos actes et d'en tirer les conséquences⁵⁵⁰* ».

⁵⁴⁹ Il s'agit de la responsabilité administrative pour le directeur de l'hôpital en général.

⁵⁵⁰ Marie-France Callu, « Les recommandations de bonnes pratiques confrontées aux droits de la responsabilité médicale », Revue Droit et Santé, janvier 2007, n° 15, p. 29.

Section 2 : La mise en jeu de la responsabilité en matière de santé.

454. La remise en cause de l'activité du service de santé se traduit par la mise en jeu de sa responsabilité en raison du préjudice subi par le patient. En effet, conformément à l'article premier de la loi portant réforme hospitalière, « *les établissements assurent le diagnostic, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes [...] et le cas échéant leur hébergement* ». Il s'agit là d'une part, des activités médicales et chirurgicales telles que le diagnostic ou le traitement et qui, souvent sont source de responsabilité, notamment en cas d'erreur de diagnostic ou de mauvais traitement, et d'autre part, des activités liées aux actes médicaux et chirurgicaux tels que la surveillance exercée par un médecin, les activités de soins courants etc.

455. En matière de service hospitalier⁵⁵¹, la responsabilité du praticien est envisageable sur le fondement du droit commun⁵⁵². Le plus souvent, le juge retient, bien qu'il s'agisse en général d'une activité médicale en cause, la responsabilité, non du praticien auteur de la faute, mais plutôt de l'établissement hospitalier où il exerce son art pour faute d'organisation ou de fonctionnement du service et ce, sur la base de l'article 141 du Code des obligations de l'administration qui dispose que « *les tiers et les usagers ont droit à la réparation du dommage causé par le fonctionnement du service public* ». Il importe donc de faire l'analyse de l'état de la jurisprudence sénégalaise en matière de responsabilité des établissements de santé (paragraphe 1) afin d'identifier les modalités de réparation du dommage (paragraphe 2).

⁵⁵¹ Nous prenons l'exemple du service public hospitalier car dans nos pays, l'offre de soins est essentiellement assurée par les hôpitaux publics.

⁵⁵² La responsabilité du praticien n'est retenue que lorsqu'il a commis une faute, qui est d'ailleurs définie par l'article 119 du COCC comme « un manquement à une obligation préexistante, de quelque nature qu'elle soit ».

Paragraphe 1: L'état de la jurisprudence sénégalaise en matière de responsabilité des établissements de santé.

456. Au Sénégal la croyance en la fatalité constitue une réalité liée généralement à des considérations religieuses ou traditionnelles. C'est ce qui explique sans doute la faiblesse du contentieux médical. Cependant, tel n'est plus le cas depuis quelques années. Il y a désormais un éveil de conscience de la population qui n'hésite plus à engager la responsabilité des services de santé devant le juge lorsqu'une faute est commise dans l'organisation et le fonctionnement du service ou une faute médicale non détachable du service dès lors qu'il y aura lien de causalité entre la faute et le préjudice subi par un usager. Pour faire état de la jurisprudence, il convient de distinguer l'hypothèse de la responsabilité de l'établissement de santé pour fonctionnement défectueux du service, de celle de sa responsabilité du fait de son praticien.

A : La responsabilité de l'établissement de santé pour fonctionnement défectueux du service.

457. Le fonctionnement défectueux du service ne se rapporte qu'à la notion de faute de service. Cette notion de faute de service est difficile à définir. Au Sénégal, le législateur et le juge ont tenté de donner une définition acceptable de la faute de service. Selon le législateur, la faute de service s'analyse comme: « *un fonctionnement défectueux du service. Ce fonctionnement défectueux s'applique en tenant compte de la nature du service, des difficultés qu'il rencontre et les moyens dont il dispose* » (article 142 du COA). Selon le juge, « *la faute de service, à travers son interprétation de l'article 142 du COA, se définit comme un fonctionnement défectueux du service par rapport à son fonctionnement normal présentant un certain degré de gravité variable en fonction des activités de l'administration et compte tenu des difficultés présentées pour l'exécution de cette activité et des moyens dont dispose*

*l'administration pour éviter le dommage »*⁵⁵³. Ainsi, le juge détermine un standard à partir des moyens et des difficultés du service public pour en apprécier le caractère fautif ou non de l'agissement de l'administration. C'est pourquoi, il y a en général faute de service chaque fois que le service a mal fonctionné, a fonctionné prématurément ou tardivement, ou n'a pas fonctionné, chaque fois que ses agents ont méconnu leur compétence ou les règles concernant ces activités ou ont commis des imprudences ou des négligences⁵⁵⁴. Ainsi, le juge a, dans plusieurs cas, retenu la responsabilité de l'établissement pour fonctionnement défectueux du service dont il convient de citer quelques exemples.

458. Le juge dans l'affaire Demoiselle Diop considère que le défaut de surveillance d'un interne pour les actes médicaux qu'il administre relève du fonctionnement défectueux du service⁵⁵⁵. Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans hospitalisée et traitée à l'hôpital Aristide le Dantec, qui à la suite d'une opération pour sinusite par un interne selon la méthode Cadwelle et sans surveillance du chef de service, a perdu l'usage de son œil droit par suite d'une rupture du nerf optique. Le juge, à cet effet, en conclut que *« si le fonctionnement défectueux du service public doit s'apprécier en fonction de la nature du service, des difficultés qu'il rencontre et des moyens dont il dispose pour éviter le dommage, il n'en demeure pas moins que dans ce cas d'espèce où la responsabilité médicale est recherchée, les moyens modestes de travail dont fait état le médecin-chef du service ORL de l'Hôpital Aristide Le Dantec, n'excluant pas de sa part une surveillance particulière de l'interne Gassama, si sérieux soit-il, dès l'instant que l'acte chirurgical qui lui est confié revêt un caractère particulièrement grave et que le médecin-chef en aucun cas n'avait ignoré les aléas liés à cet acte qu'il qualifie de petite chirurgie »*. Donc, toujours selon le juge, le médecin-chef devait personnellement surveiller l'intervention confiée à l'interne afin d'éviter au maximum l'irréparable. La responsabilité de l'Hôpital A. Le Dantec réside donc dans le défaut de surveillance de l'interne par le médecin chef de service.

⁵⁵³ Cour d'Appel de Dakar, 09 janvier 1970, Mor Diaw, *Anales africaines* 1973, p. 235.

⁵⁵⁴ Demba Sy, *op. cit.*, p. 305.

⁵⁵⁵ Cour d'Appel de Dakar, 22 juillet 1984, Demoiselle DIOP c/ Etat du Sénégal (arrêt n°501).

459. En effet, dans l'arrêt Fresnais⁵⁵⁶, le juge français a retenu pour la première fois le défaut de surveillance d'un interne par le médecin chef de service comme un acte constitutif de fonctionnement défectueux du service. Il s'agit dans cette affaire du refus d'un chirurgien qui était en garde, de revenir examiner un enfant alors que l'interne lui avait signalé deux fois par téléphone l'urgence d'une intervention et qui, ne se fiant qu'au diagnostic de cet interne, qu'il ne connaissait pas, lui a donné l'ordre de pratiquer une appendicectomie, acte au cours duquel l'enfant est décédé d'une syncope anesthésique. Le juge dispose en espèce que : *« en dehors des cas de force majeure où l'intervention de l'interne s'impose en raison de l'urgence par suite de l'absence des chirurgiens et de leurs assistants, ceux-ci ne peuvent régulièrement se décharger sur leurs internes de l'obligation qui leur incombe d'opérer personnellement que lorsque cette délégation n'est pas exclue par l'importance de chaque cas et sous leur responsabilité, que l'autorisation exceptionnelle ainsi donnée n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre du service chirurgical dans les hôpitaux »*.

460. Il en est de même dans une autre affaire où le juge décida que le manquement à une obligation de surveillance et d'assistance d'un malade surtout quand il s'agit d'une personne ayant un comportement anormal, s'analyse comme fonctionnement défectueux du service⁵⁵⁷. En espèce, un malade du nom de Nemer Sabbah a été admis à l'Hôpital Principal de Dakar le 31 décembre 1980 pour subir une intervention chirurgicale suite à une infection. Quelques jours après, il a été retrouvé mort dans sa chambre par suite de brûlures et d'asphyxie au cours de la nuit du 03 au 04 janvier 1981. La femme de la victime a ainsi porté plainte contre l'Hôpital Principal. Selon le juge, *« en laissant sans surveillance ce malade, entre 02h et 5h30 du matin environ, d'autant plus que ce dernier était atteint de trouble psychique, objet d'une hallucination, est une faute de nature à engager la responsabilité de l'hôpital sur lequel pèse une obligation de surveillance et d'assistance surtout que les circonstances mêmes de l'accident demeurent toujours indéterminées »*.

⁵⁵⁶ CE, 18 décembre 1953, n° 9636, Rec., p. 568.

⁵⁵⁷ Cour d'Appel de Dakar n°420 du 10 mai 1983, Veuve Nemer Sabbah c /Hôpital Principal de Dakar.

461. Peut-on aussi considérer comme fonctionnement défectueux du service le retard de l'intervention du personnel médical ou de négligences successives lors de l'admission d'un malade?

Le juge sénégalais, contrairement à son homologue français qui aurait admis ce principe⁵⁵⁸, n'a pas retenu, dans un cas pareil où il a été saisi, la responsabilité de l'établissement pour fonctionnement défectueux du service⁵⁵⁹. Dans ce cas d'espèce, il s'agit de M. Fall qui, violemment heurté et blessé à la jambe gauche par un véhicule, a été transporté à l'Hôpital Principal où il sera finalement amputé de sa jambe. Pour ce dernier, les causes qui ont entraîné cette amputation relèvent de la négligence des médecins de l'hôpital qui ne lui ont administré aucun sérum antitétanique, ce qui a aggravé son état infectieux. Mais, le juge a estimé que *« le préjudice dont a été victime M. Fall ne peut être imputé à l'hôpital pour négligence des médecins traitants car, même si le sérum antitétanique a été administré tardivement ou ne l'a pas du tout été, cette situation n'a eu aucun effet sur l'infection de la jambe puisque le tétanos a été complètement localisé au cerveau et non dans les muscles. Il en conclut que ce préjudice ne peut être imputé qu'à l'auteur de l'accident »*.

462. En outre, l'étude approfondie des différentes décisions dont nous disposons en matière de responsabilité sanitaire au Sénégal nous permet d'affirmer avec certitude que dans la plupart des cas, le préjudice émane plus de la faute personnelle du praticien que de la faute de l'établissement pour fonctionnement défectueux du service. Mais, il faut rappeler que le juge a toujours tendance à transférer la responsabilité de l'agent sur son établissement. Cette attitude se justifie par la simple raison que la faute du praticien, quoique personnelle, ne peut être détachable de son service surtout lorsqu'elle a été commise pendant l'exercice de ses fonctions et dans ce service⁵⁶⁰, pendant les heures du service⁵⁶¹ et avec les moyens de ce

⁵⁵⁸ CAA Paris, n° 09PA03208, 22 septembre 2011. En espèce, le juge français déclare que le retard dans la prise en charge du patient a entraîné sa perte de chance de guérison. Ce qui est constitutif d'une faute dans l'organisation des soins de nature à engager la responsabilité pour faute de l'hôpital. Il condamne ainsi l'APHP à verser à la victime une indemnité liée au préjudice subi.

⁵⁵⁹ Cour d'Appel de Dakar n° 553 du 14 août 1995, Alassane Fall c / Hôpital Principal de Dakar.

⁵⁶⁰ CE, 23 juin 1954 Dame veuve Litzler Rec. 376.

⁵⁶¹ Cour Suprême du Sénégal, 8 juin 1968, Abdoulaye Gueye, Annales Africaine 1973, p. 227. Le juge en l'espèce considère qu'une faute personnelle est non dépourvue de tout lien avec le service lorsqu'elle a été commise pendant les heures de service.

service⁵⁶². Elle peut aussi se justifier par la volonté du juge de faciliter l'indemnisation de la victime. Ainsi, le service de santé peut donc répondre à des dommages causés par son agent (préposé). Cependant, la victime doit assigner l'hôpital devant le tribunal administratif en l'occurrence le tribunal régional pour le Sénégal. Selon l'article 3 de la loi du 2 février 1984 fixant l'organisation judiciaire au Sénégal, le tribunal régional a compétence en matière de responsabilité du contentieux administratif. Cette loi, il faut le rappeler fait du tribunal régional, une juridiction de droit commun. Cette compétence de droit commun du tribunal régional constitue selon Demba Sy, « *la clé de voûte du système sénégalais d'unité de juridiction* »⁵⁶³. Par ailleurs, le législateur sénégalais a prévu dans des textes particuliers un certain nombre d'exceptions à la compétence du droit commun du tribunal régional. Ainsi, une part du contentieux administratif est attribuée à d'autres formations juridictionnelles comme la nouvelle Cours Suprême⁵⁶⁴ compétente en matière civile, commerciale, sociale, pénale et administrative c'est-à-dire les attributions de la Cour de Cassation et du Conseil d'Etat qui venaient d'être supprimés et remplacés par ladite Cour. Ainsi, les compétences du Conseil d'Etat sont transférées presque intégralement à la nouvelle Cour Suprême. Le requérant doit respecter la règle de la procédure préalable et celle de la déchéance quadriennale. Mais en France, la loi du 4 mars 2002 a substitué à celle-ci un délai de prescription de dix ans à compter de la consolidation du dommage (art. L. 1142-28 CSP).

B : La responsabilité de l'établissement de santé du fait de son personnel.

463. A l'hôpital, le médecin exerce une mission de service public. Il n'existe donc pas de contrat entre le patient et le praticien, mais entre le patient et l'hôpital⁵⁶⁵. Qu'il soit

⁵⁶² CE Ass. français, 26 octobre 1973, Sadoubi, RDP 1974.554 Note M. Waline. Le juge en espèce considère qu'une faute personnelle est non dépourvue de tout lien avec le service lorsque l'instrument ayant servi à commettre la faute, a été remis à l'agent par le service même.

⁵⁶³ Demba Sy, op. cit., p. 121.

⁵⁶⁴ Loi organique n° 2008-30 du 7 août 2008.

⁵⁶⁵ La jurisprudence Mercier rendue par la Cour de Cassation Civile le 20 mai 1936 va déterminer la situation du patient selon qu'il soit dans un établissement public de santé ou dans un établissement privé. Ainsi, le patient dans un établissement public de santé est dans une situation d'usager du service public alors que dans un établissement privé il est dans une situation contractuelle. Cet arrêt considéré toujours comme la décision de

conduit en urgence à l'hôpital ou bien qu'il s'y rende librement, le malade se trouve placé dans une situation d'usager du service public⁵⁶⁶. Ainsi, il est tout à fait normal que le juge établisse le plus souvent la responsabilité de l'établissement en lieu et place de celle du médecin dès lors qu'il commet une faute dans l'exercice de son art. Dans ces conditions, le juge ne fait que suivre la volonté du législateur qui, à l'article 142 du COA dispose qu' « *on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre* ». On peut déduire de cet article qu'en matière hospitalière, l'établissement est non seulement responsable des préjudices causés par lui-même, par exemple pour fonctionnement défectueux du service, mais aussi des préjudices causés par le praticien qui agit sous ses ordres.

464. En réalité dans l'affaire Demoiselle Diop, le fait que le médecin chef, pour aucune raison valable, n'assure pas la surveillance de l'interne lors de l'opération de l'œil droit de la patiente, commet une faute grave qui doit alors engager sa responsabilité personnelle à l'instar de la jurisprudence Fresnais⁵⁶⁷. Le juge français dans cette affaire considère que : « *le refus d'un chirurgien de garde de venir au chevet d'un enfant malade qu'il laisse à la charge d'un interne en lui donnant l'ordre de pratiquer une appendicectomie au cours de laquelle l'enfant mourra d'une syncope anesthésique, est une faute lourde, inexcusable et inadmissible qui émane de sa faute personnelle et paraît même digne non seulement de sanction civile, mais de sanction disciplinaire et pénale* »⁵⁶⁸. Cependant, le juge sénégalais dans l'affaire Demoiselle Diop presque similaire à l'arrêt Fresnais n'a retenu que la responsabilité de l'hôpital Aristide Le Dantec pour fonctionnement défectueux du service dès lors que le préjudice causé émanait de son praticien en l'occurrence le médecin chef du service d'ORL.

principe en matière de relation de soins a, à cet effet, déterminé le régime juridique des relations entre le malade et le médecin libéral reposant sur un contrat médical.

⁵⁶⁶ Gérard Mémeteau, *Cours de droit médical*, 4^{ème} édition, les Études Hospitalières, janvier 2011, p. 599.

⁵⁶⁷ Il convient de souligner que dans cette affaire le juge a non seulement retenu la responsabilité de l'hôpital pour fonctionnement défectueux du service mais a également retenu la faute personnelle du médecin.

⁵⁶⁸ Montador (J), *La responsabilité des services publics hospitaliers*, Berger-Levrault 1973, p. 66.

465. Par contre, au Sénégal le médecin n'est pas à l'abri d'une sanction, sa responsabilité pouvant être engagée au civil comme au pénal en cas de faute détachable du service. L'exemple, le plus illustratif est l'affaire Thiongane citée plus haut⁵⁶⁹. Dans cette affaire un infirmier de l'hôpital de Kaolack ausculte un malade et diagnostique chez lui une infection de l'abdomen. Or ce jour là le chirurgien de garde vient de partir épuisé, son collègue est en arrêt maladie pour fracture de la main. Ce sont les deux seuls chirurgiens qui travaillent dans l'hôpital régional. Néanmoins l'infirmier a été contraint d'appeler le docteur Thiongane, qui avait assuré la garde toute la semaine. Mais, ce dernier a demandé aux accompagnants d'évacuer le malade à Thiès ou à Dakar. Il a ainsi donné comme motif de ne pas être en mesure d'opérer de peur de commettre une faute professionnelle fatale au patient. Malgré les appels répétés de l'hôpital, sur insistance des accompagnants, le docteur Thiongane a refusé de venir. La famille de la patiente, qui avait des relations très étroites avec le gouverneur de région, a pris contact avec ce dernier qui a appelé en vain le docteur Thiongane. Malgré la réquisition du Gouverneur, le docteur Thiongane refusa toujours de se présenter à l'hôpital. La patiente est finalement décédée. La famille de la victime a porté plainte contre le médecin pour non assistance à personne en danger. Il sera gardé à vue, puis condamné par le Tribunal Correctionnel de Kaolack d'une peine d'emprisonnement de 6 mois avec sursis et d'une amende de 50.000F.

466. Par ailleurs, les cas où le juge engage la responsabilité pénale du médecin sont rares au Sénégal. A cet effet, la jurisprudence Hyssam Farhat c/ Baye Assane Diagne et consorts en est une parfaite illustration. Dans ce cas d'espèce, un patient admis dans une clinique afin d'y subir une opération chirurgicale décède par suite de complications post-opératoires. Les héritiers de la victime déposent ainsi, entre les mains du doyen des juges d'instruction une plainte avec constitution de partie civile contre les auteurs de ce préjudice pour délit d'homicide involontaire sur la base de l'article 307 du Code pénal⁵⁷⁰ estimant que l'opération chirurgicale précitée n'aurait pas été faite dans le respect des règles de sécurité élémentaire en matière d'anesthésie générale. Mais, selon le juge « *le délit visé à l'article 307*

⁵⁶⁹ Tribunal correctionnel de Kaolack, jugement n° 39 du 23 janvier 2002.

⁵⁷⁰ Cet article dispose « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou des blessures, ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de six mois à cinq ans et d'une amende de 20.000 à 300.000 francs. Lorsqu'il y aura eu délit de fuite, les peines prévues au présent article seront doublées et ne pourront être assorties du bénéfice du sursis ».

du Code pénal suppose un acte commis ayant un lien direct avec le préjudice dont se prévaut la victime ; qu'en l'espèce même à supposer l'inexistence d'un plateau technique adéquat on ne saurait retenir la responsabilité des susnommés sans qu'il ne soit rapporté le lien de causalité entre ce manquement et le décès du sieur Farhat, faute de quoi l'imputabilité du délit visé à l'article susmentionné ferait défaut pour que les mis en cause puissent être déclarés coupables »⁵⁷¹. Les requérants vont par la suite saisir la Cour d'Appel de Dakar. Ainsi, la 2^{ème} chambre correctionnelle de cette dernière en date du 11 juin 2003 a condamné pour homicide involontaire et réparation du préjudice moral causé par le chirurgien Baye Assane Diagne et consorts aux héritiers du défunt. Car, les résultats d'expertise commise par le juge ont révélé que l'opération chirurgicale précitée n'aurait pas été faite dans le respect des règles de sécurité élémentaire en matière d'anesthésie générale parce qu'ayant été effectuée en l'absence d'un médecin anesthésiste et d'un monitoring. Dans ce cas, le juge de la Cour d'Appel a certes reconnu la responsabilité des mis en cause, mais s'est abstenu de retenir leur responsabilité pénale.

467. En effet, le juge sénégalais suit toujours la logique de la jurisprudence mademoiselle Diop à chaque fois qu'un préposé d'un établissement de santé est mis en cause. Il en est de même dans l'affaire Nemer Sabah où le juge a clairement affirmé que la responsabilité de l'Hôpital Principal émanait du fait de ses préposés car selon lui, *« en laissant sans surveillance le malade entre 2h et 5h 30 du matin environ, les préposés de l'hôpital avaient commis une faute de nature à engager la responsabilité de leur commettant conformément à l'article 146 du COCC qui dispose que les commettants ou patrons répondent des dommages causés par une personne soumise à leur autorité lorsque celle-ci encourt dans l'exercice de ses fonctions une responsabilité à l'égard d'autrui »*. Les personnes agissant pour le compte d'une personne morale engagent dans les mêmes conditions la responsabilité de celle-ci. Donc les conditions d'engagement de la responsabilité de l'Hôpital Principal trouvent leurs origines réelles dans le préjudice causé par les préposés, en l'occurrence le garçon de salle et l'infirmière de garde à l'égard du patient plutôt que dans le fonctionnement défectueux du service.

⁵⁷¹ Cour d'Appel de Dakar, 24 juillet 2001, Hyssam Farhat c/ Baye Assane Diagne et consorts.

468. Egalement, la responsabilité de l'établissement hospitalier peut être retenue du fait de son praticien lorsque cet établissement laisse entre les mains inexpertes de celui-ci, l'usage d'un instrument dangereux. Telle fut la décision du juge dans l'affaire Dame Alice où il s'agissait d'une opération chirurgicale dite d'hystérectomie (ablation de l'utérus) qu'a subi la Dame, ce qui a entraîné une fistule vésico-vaginaire⁵⁷². Selon le juge, « *la seule cause des lésions subies par la dame Alice réside dans le sondage qui a été pratiqué par une personne insuffisamment expérimentée* » d'où la responsabilité de la clinique Hubert du fait de son préposé.

469. Mais, peut-on retenir la responsabilité du service public hospitalier lorsqu'il y a faute commise par l'agent à l'intérieur du service et pendant l'heure du service mais dans une intention étrangère au service?

Le juge sénégalais a tenté d'apporter une réponse à cette question dans l'affaire Tabara Dia⁵⁷³. En espèce, une jeune fille atteinte d'une psychose maniaco-dépressive, admise en réanimation à l'Hôpital Principal de Dakar suite à une tentative de suicide après un grave accident de la circulation a été victime de viol par un garçon de salle du nom de Moussa Aw. Le père de la victime a porté plainte avec constitution de partie civile au nom de sa fille. Le juge dans cette affaire a mis à la charge de l'hôpital l'acte commis par le jeune Aw en affirmant que « *cette responsabilité est une contrepartie de sa liberté de choix de son préposé et du devoir de contrôle et de surveillance qu'il contracte de ce fait vis à vis des tiers dans l'exercice des tâches confiées à ce dernier...* ». A cet effet, dès l'instant que le préposé Moussa Aw s'est rendu coupable d'un viol dans l'exercice de ses fonctions, son commettant (l'Hôpital Principal) doit être déclaré responsable puisqu'on suppose qu'il a commis une faute dans le choix de cet agent et dans le contrôle de ses activités. Le juge reconnaît par ailleurs que l'auteur de la faute a commis un acte qui n'entre pas dans ses attributions, mais puisque cette faute a eu lieu pendant les heures de service, à l'intérieur du service donc celle-ci n'est dépourvue de tout lien avec le service.

⁵⁷² Cour d'Appel de Dakar, 8 août 1980, Clinique Hubert c/ Dame Alice Léger.

⁵⁷³ Cour d'Appel de Dakar, 18 janvier 1988, Tabara Dia c/ l'Hôpital Principal de Dakar, les Annales africaines 1989-1990, p. 240.

470. Le juge, dans l'affaire Tabara Dia se démarque de la jurisprudence antérieure qui établit que, les fautes intentionnelles même commises dans le cadre de l'exécution des fonctions seront considérées comme des fautes personnelles dès lors qu'elles ont eu pour but de nuire ou de satisfaire un intérêt personnel⁵⁷⁴. En partant de ce constat, on peut nettement dans cette affaire conclure que la faute commise par le garçon de salle est une faute personnelle détachable du service⁵⁷⁵. La doctrine abonde dans le même sens que la jurisprudence concernant la définition de la faute personnelle. Il s'agit d'une faute commise en dehors de sa vie professionnelle et qui n'a aucun rapport avec le service. L'est aussi celle qui, commise dans le service ou avec les moyens, s'en détache par son caractère intentionnel ou son inexcusable gravité⁵⁷⁶. Une faute que le commissaire du gouvernement Laferrière définissait comme étant « *un acte qui révèle non pas l'administrateur, plus ou moins sujet à erreur, mais l'homme avec ses faiblesses, ses passions, ses imprudences* »⁵⁷⁷. C'est effectivement ce qui semble avoir lieu dans l'affaire Tabara Dia. Le sieur Moussa Aw conformément au principe de faute personnelle et à l'image de la jurisprudence Abdoulaye Gueye, doit répondre personnellement envers la victime. Cependant, le juge n'a retenu que la responsabilité de l'établissement où l'agent exerce son art. Ainsi, à chaque fois que la faute, bien que personnelle, a été commise à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, la victime doit viser l'administration ou la personne publique pour le compte de laquelle l'agent a agi⁵⁷⁸. Cette disposition législative, interprétée de façon restrictive, ne semble pas ouvrir de possibilité de choix à la victime⁵⁷⁹. Il s'agit d'une solution qui permet à la fois de garantir la victime contre l'insolvabilité de l'agent, mais aussi de protéger l'agent contre les recours abusifs tendant à le mettre personnellement en cause. Mais, elle présente l'inconvénient d'obliger la victime à résoudre le problème de l'existence d'un lien entre la faute commise par l'agent et l'exécution de ses fonctions⁵⁸⁰.

⁵⁷⁴ Cour Suprême du Sénégal, 8 juin 1968, Abdoulaye Gueye, Ann. Afr. 1973, p. 219.

⁵⁷⁵ Cass. Req., 28 janvier 1942, Teyssier, Gaz. Pal, 62, 1942, 1, p. 177.

⁵⁷⁶ Didier Truchet, op. cit., p. 388.

⁵⁷⁷ Citation rapportée par Demba Sy, dans son ouvrage, *Droit administratif*, CREDILA 2009, p. 307.

⁵⁷⁸ Ce qui est aussi valable pour les établissements privés où le juge et le législateur sénégalais incitent beaucoup plus les victimes à engager la responsabilité de l'organisme employeur que l'employé fauteur lui-même.

⁵⁷⁹ Tribunal de première instance de Dakar 12 février 1977 Babacar Kébé dit Ndiouga, Penant 1978, p. 263.

⁵⁸⁰ CE, 28 avril 1967, Lafont. Rec. 1967, p. 182, D. 1967, p. 434.

471. Cette solution semble exclure la jurisprudence des cumuls du droit français. En France, la jurisprudence Pelletier⁵⁸¹ a tracé deux parallèles: la faute de service engage la responsabilité de la personne morale de droit public devant le juge administratif selon les règles de la responsabilité administrative ; la faute personnelle engage la responsabilité personnelle de l'agent devant le juge judiciaire selon les règles de la responsabilité civile. Cette jurisprudence, il faut le reconnaître, est d'une logique implacable comme le note Didier Truchet⁵⁸². Mais, elle ne peut conduire à des résultats pratiques équitables. La victime d'une faute personnelle risque fort en effet de ne jamais percevoir l'indemnité que le juge judiciaire a condamné l'agent à lui verser parce que ce dernier n'en a pas les moyens financiers et qu'il n'est pas, dans l'immense majorité des cas, couvert par son assureur pour les dommages qu'il cause dans l'exercice de son activité professionnelle. L'agent, quant à lui, peut être ruiné alors qu'il se croyait couvert par la personne publique qui l'emploie. Pour remédier à ces inconvénients, la jurisprudence a entrepris dès le début du XX^{ème} siècle de faire se rencontrer les parallèles. Lorsque cela est raisonnablement possible, elle donne à la victime un choix : demander devant le juge administratif à l'administration réparation intégrale de son préjudice ou la demander à l'agent devant le juge judiciaire. L'avantage pour la victime est qu'en poursuivant la personne publique, elle est certaine de s'adresser à un débiteur solvable. Les formules ont cependant varié. Deux conservent une actualité : le cumul de fautes, c'est-à-dire que le dommage est dû à deux fautes, l'une de service et l'autre personnelle⁵⁸³ et la faute personnelle non dépourvue de tout lien avec le service c'est-à-dire que le dommage est entièrement dû à une faute personnelle, mais celle-ci n'aurait pas pu être commise si le service ne lui en avait pas fourni l'occasion ou les moyens⁵⁸⁴. Le cumul de responsabilité, à savoir le même fait étant qualifié comme une faute personnelle et une faute de service⁵⁸⁵, n'a plus guère qu'un intérêt historique, nous rappelle Didier Truchet⁵⁸⁶.

⁵⁸¹ Tribunal des Conflits, 30 juillet 1873, Pelletier GAJA n° 2.

⁵⁸² Didier Truchet, op. cit., p. 388.

⁵⁸³ CE, 3 février 1911, Anguet, GAJA n° 23.

⁵⁸⁴ CE, Ass. 28 juillet 1951, Laruelle et Delville, GAJA, n° 69.

⁵⁸⁵ CE, 26 juillet 1918, Epoux Lemonnier, GAJA, n° 33.

⁵⁸⁶ Didier Truchet, op. cit., p. 389.

472. En outre, le juge sénégalais retient toujours la responsabilité de l'Etablissement de santé lorsqu'est établie une faute de son agent dans l'exercice de ses fonctions. Par contre, l'établissement de santé, lorsque sa responsabilité est engagée du fait de son préposé, a la possibilité de se retourner contre celui-ci pour lui infliger : soit des sanctions disciplinaires, soit pour le contraindre à supporter solidairement avec lui le montant pourvu à l'indemnisation de la victime. A ce sujet, l'article 145 du Code des Obligations de l'Administration (COA), institue un système original. Aux termes de l'alinéa premier de ce texte, « *la faute commise par un agent public, à l'occasion de l'exercice de ses fonctions, engage la responsabilité personnelle de son auteur si elle est détachable du service public* ». Aux termes de l'alinéa 2, « *lorsqu'une action en indemnité est intentée dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, l'administration doit être mise en cause. Elle répond de la faute de son agent, sauf à exercer contre celui-ci une action récursoire* »⁵⁸⁷. Aux termes de l'alinéa 3, « *l'administration peut demander à ses agents, la réparation des dommages qui lui sont directement causés par leur fait* ».

473. Signalons, en conclusion de cette section, que dans la presque totalité des décisions rendues, le juge sénégalais ne se borne qu'à rechercher tout simplement s'il existe un fonctionnement défectueux du service par rapport à son fonctionnement normal ou à rechercher la faute de service du fait de son praticien lorsque celle-ci est non détachable du service. Alors qu'en France le juge ne met en cause la responsabilité hospitalière, du moins à l'égard des usagers sur le terrain de la faute, qu'en fonction de trois critères constituant le fondement même de la distinction entre faute simple et faute lourde, c'est à dire lorsqu'il y a fonctionnement et organisation du service, lorsqu'il y a acte de soins et enfin lorsqu'il y a acte médical et chirurgical⁵⁸⁸. Pour les actes médicaux et chirurgicaux c'est la faute lourde qui s'impose afin de pouvoir engager la responsabilité de l'administration hospitalière⁵⁸⁹ alors que

⁵⁸⁷ L'action récursoire est utilisée par l'administration lorsqu'elle a indemnisé la victime. Cela veut dire que l'administration peut se retourner contre son agent auteur de la faute personnelle.

⁵⁸⁸ Demba Sy, op. cit., p. 309.

⁵⁸⁹ Il faut rappeler que cette distinction sera abandonnée en 1992, ainsi la responsabilité pour faute lourde ne sera plus exigée pour les actes médicaux et chirurgicaux. Ce qui unifie le régime de la faute hospitalière.

pour le fonctionnement et l'organisation du service ainsi que pour les actes de soins c'est la faute simple qui est retenue⁵⁹⁰.

Il faut rappeler qu'avant même 1992, c'est-à-dire au moment où la distinction entre faute simple et faute lourde était en vigueur, le juge avait toujours tendance à atténuer celle-ci car, pour la plupart des cas, il privilégie la faute simple même en cas d'actes chirurgicaux et la présomption de faute en cas d'actes médicaux⁵⁹¹. En réalité, c'est cette notion de présomption de faute qui jettera les bases d'un abandon de la responsabilité pour faute lourde exigée pour les actes médicaux et chirurgicaux à partir de 1992. C'est dans cette décision rendue par le conseil d'Etat français le 10 avril 1992⁵⁹² où lors d'un accouchement par césarienne sous anesthésie péridurale comportant des risques d'hémorragie pouvant entraîner l'hypotension et la chute du rythme cardiaque dont était effectivement victime cette dame que le juge a abandonné la notion de faute lourde en déclarant que « *les risques résultant de cette opération dont a été victime la dame ne sont constitutifs d'aucune faute lourde mais plutôt d'une série d'imprudences d'ordre médical* ». Le mérite de cette jurisprudence, c'est qu'elle pose le principe d'unification de la responsabilité hospitalière, qu'il s'agisse d'actes de soins, d'actes médicaux et d'actes d'organisation et de fonctionnement de service.

474. Par ailleurs, c'est l'arrêt Bianchi du 9 avril 1993 qui viendra poser en des termes clairs la responsabilité sans faute du service public hospitalier. Il s'agit de manière très résumée dans cette affaire d'une patiente qui devait faire l'artériographie des vertèbres nécessaire aux diagnostics et au traitement de la maladie dont elle souffre. Elle a été à la suite de cet examen victime de complications d'une extrême gravité. En espèce, le conseil d'Etat retiendra qu'il s'agit d'une responsabilité sans faute et déclare que celle-ci est engagée « *lorsqu'un acte médical nécessaire aux diagnostics ou aux traitements du malade présente un risque dont l'existence est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé. La responsabilité du service public hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte est la cause*

⁵⁹⁰ CE, 4 octobre 1968, Doukakis, AJDA 1969, p. 368.

⁵⁹¹ Les Grandes décisions du droit médical, sous la direction de François Vialla, op. cit., p. 507 et s.

⁵⁹² CE, 10 avril 1992, n° 79027, Dame V. c/ Hôpital du Belvédère de Mont-Sain-Aignan.

*directe de dommage sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisionnelle de cet état et présentant un caractère d'extrême gravité »*⁵⁹³.

475. Il faut signaler qu'il y a eu déjà avant l'Arrêt Bianchi des cas de responsabilité sans faute admis par le législateur tels que la loi sur les vaccinations obligatoires⁵⁹⁴, les lois sur la recherche biomédicale⁵⁹⁵, la loi relative à l'indemnisation des victimes du Sida après transfusion sanguine⁵⁹⁶, la loi relative à la contamination par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion⁵⁹⁷ etc.

Le juge admettait même des cas de responsabilité sans faute en matière de risque des établissements hospitaliers à l'égard des tiers, surtout lorsqu'il est mis en œuvre des méthodes thérapeutiques jugées dangereuses comme celles des malades mentaux placés sous sortie d'essai⁵⁹⁸ ou placement familial surveillé d'un malade mental⁵⁹⁹.

Il convient de noter que, seule la volonté d'indemnisation des victimes de l'acte médical explique cette attitude du juge et du législateur français.

476. Par ailleurs, le juge sénégalais ne reste toujours attaché qu'au critère d'appréciation du fonctionnement defectueux du service posé par l'article 142 du COA et cela peut se comprendre car, d'une part, le système judiciaire ne laisse pas trop de marge de manœuvre au juge quant aux possibilités de créer le droit, à cause de la codification du droit

⁵⁹³ CE, Ass., 9 avril 1993, n° 69336, Bianchi.

⁵⁹⁴ L'article L. 3111-9 du Code de la santé publique fait supporter par l'Etat la réparation des dommages causés « par une vaccination obligatoire légalement pratiquée, sans préjudice des actions » de droit commun.

⁵⁹⁵ Loi du 9 août 2004 unifiant le régime de la responsabilité pour toutes les recherches, le Code de santé publique français (les articles L. 1121 et L. 112).

⁵⁹⁶ Article L. 3211-4 du Code de santé publique français.

⁵⁹⁷ Article 67 de la loi du décembre 2008.

⁵⁹⁸ CE, Département de la Moselle, 13 juillet 1967, Rec. CE, p. 341. Il s'agit en l'espèce d'un malade interné en établissement psychiatrique qui, placé dans une ferme au titre d'essai, incendiait le bâtiment. Ainsi, sur la base du risque anormal et spécial, les propriétaires obtenaient la condamnation de l'hôpital, en l'absence de toute faute dans la décision de placement du malade.

⁵⁹⁹ CE, Piollet et Amson, 13 mai 1987, Rec. CE, p. 341.

(le droit administratif surtout) et d'autre part, à cause de la faiblesse du contentieux médical dont il est saisi.

477. Au final, le but recherché lorsqu'un usager engage la responsabilité du service public hospitalier devant les tribunaux administratifs est d'obtenir une indemnisation (dommages et intérêts) pour un préjudice certain (expertisé) d'ordre physique, matériel ou moral. La procédure est aussi la même pour le patient qui est en situation contractuelle dans un établissement privé de santé, sauf qu'au lieu de saisir le juge administratif, c'est le juge civil qui est compétent. Mais, avec le système sénégalais d'unité de juridiction, c'est en réalité le même juge qui connaît les affaires : administratives et civiles. Il change juste d'étiquette. Le tribunal régional est la juridiction de fond compétente. Il faut également ajouter que jusque là c'est toujours à la victime d'apporter la preuve du lien de causalité entre la faute qu'elle impute soit à l'établissement, soit au praticien et qu'il faut d'abord établir au moyen d'une expertise, et le préjudice dont elle souffre, lui aussi objecté par une expertise ad hoc.

Paragraphe 2 : Les modalités de réparation du dommage.

478. Au Sénégal, la responsabilité en matière thérapeutique est engagée sur la base d'une faute. Ainsi, selon l'article 141 du COA le dommage causé par le fonctionnement d'un service public ou l'exécution d'un travail public, soit aux tiers soit aux usagers, soit aux personnes participant à l'activité du service doit être réparé et cette réparation ne s'effectue que sous forme de dommage et intérêt. Cependant, pour que soit établie la responsabilité du service de santé, le requérant doit établir un lien de causalité entre la faute et ce dommage c'est-à-dire établir qu'il a subi un préjudice et celui-ci doit être réel et imputable à un service de santé pour donner lieu à la réparation⁶⁰⁰. Le requérant ne devrait également pas se heurter à l'obstacle infranchissable de prescription⁶⁰¹. En somme, il faut en matière de réparation partir du dommage et du préjudice surtout que ce dernier soit effectivement les conséquences du dommage sur la victime ou sur les biens de la victime qui devraient être réparées. Cela implique que le préjudice réparable doit revêtir un certain nombre de caractères et doit être évalué selon des méthodes bien déterminées.

A: Les caractères du préjudice réparable.

479. Le préjudice peut revêtir plusieurs caractères, mais il convient pour nous de voir essentiellement son caractère direct, d'une part, et son caractère certain d'autre part.

a) Le caractère direct du préjudice.

480. Ce caractère signifie que le préjudice doit être la conséquence nécessaire et immédiate des faits imputables à l'administration. C'est comme l'évoque Jean Montador « *le*

⁶⁰⁰ CAA Nantes, 24 mars 1994, Gautier, Juris-data, n° 45319.

⁶⁰¹ CAA de Paris, Chambre 3, 7 juillet 2011, n° 10PA02325 (inédit), Revue Droit et santé n° 44, note Cissé Sanoussy, p. 670.

préjudice dont on peut penser avec certitude qu'il ne serait pas produit sans ces faits »⁶⁰². Donc, le caractère direct du préjudice implique l'établissement de lien de causalité entre le dommage et le fait générateur. A cet effet, le juge fait recours à l'expertise. Ainsi, un patient admis dans une clinique afin d'y subir une opération chirurgicale décède suite à des complications post-opératoires, les héritiers de la victime déposent entre les mains du doyen des juges d'instruction une plainte avec constitution de partie civile contre les auteurs de ce préjudice pour délit d'homicide involontaire sur la base de l'article 307 du Code Pénal estimant que l'opération chirurgicale précitée n'aurait pas été faite dans le respect des règles de sécurité élémentaire en matière d'anesthésie générale⁶⁰³. Selon le juge « le délit visé à l'article 307 Code pénal suppose un acte commis, ayant un lien direct avec le préjudice dont se prévaut la victime ; qu'en l'espèce même à supposer l'inexistence d'un plateau technique adéquat on ne saurait retenir la responsabilité des susnommés sans qu'il ne soit rapporté le lien de causalité entre ce manquement et le décès du sieur Farhat, faute de quoi l'imputabilité du délit visé à l'article susmentionné ferait défaut pour que les mis en cause puissent être déclarées coupables ».

481. Egalement, dans l'affaire Assane Fall du 14 août 1998, le requérant, victime d'une amputation de la jambe gauche suite à un accident de circulation, défend que celle-ci est liée aux négligences des médecins traitants de l'Hôpital Principal du fait que ses derniers ne lui ont administré aucun sérum antitétanique, ce qui aurait aggravé son état infectieux. Mais, le juge n'a pas retenu la responsabilité de l'hôpital pour motif que la victime n'a, en aucun moment, expliqué en quoi le tétanos survenu après son hospitalisation a encouru à l'amputation dont il a été victime. Ce qui est important dans cet arrêt c'est que le juge a soulevé de façon très claire l'équivoque qui pourrait exister entre le dommage et le fait générateur lorsque sont en cause deux événements se rapportant à celui-ci. Il précise que l'événement qui a joué un rôle prépondérant dans l'apparition du dommage est non le défaut d'administration du sérum antitétanique mais l'accident de circulation dont M. Fall a été victime. On remarque donc que le caractère direct s'apprécie en tenant compte de ce que l'on appelle la causalité adéquate, c'est-à-dire que le fait doit être la cause la plus décisive ayant entraîné le dommage.

⁶⁰² Montador (J), opt. cit., p. 143.

⁶⁰³ Cour d'Appel de Dakar, 24 juillet 2001, Hyssam Farhat c/ Baye Assane Diagne et consorts.

482. Par ailleurs, le préjudice, quoique direct et personnel, n'empêche cependant pas au juge d'admettre le recours des ayants droits d'une victime en vue de la réparation du préjudice qu'aurait subi un de leurs parents sur la base d'un préjudice, en général moral, mais parfois matériel, notamment en cas de décès. On peut ici prendre l'exemple de l'arrêt *Veuve Sabah* où le juge a retenu le préjudice moral et matériel causé à la défunte. Par conséquent, le préjudice pour ouvrir droit à la réparation doit, non seulement être direct, mais aussi certain.

b) Le caractère certain du préjudice.

483. Le préjudice pour ouvrir droit à la réparation doit être certain. Cela signifie que son existence actuelle doit être établie et non douteuse. Il faut que la victime soit effectivement et positivement lésée et non qu'elle se trouve seulement privée d'un avantage dont elle aurait pu profiter et n'en profitant pas en fait. Une expertise permet presque toujours au juge d'apprécier le caractère certain d'un préjudice.

484. La preuve de l'existence d'un préjudice matériel est simple car il suffit tout simplement de vérifier si, du fait de l'accident, la victime a vu diminuer ses gains professionnels. C'est la preuve du préjudice moral qui pose souvent problème. Bien entendu il ne faut pas confondre l'incertitude du préjudice avec l'absence de cause à effet entre l'acte médical et le dommage. Par exemple si un décès se produit à la suite d'un examen cystoscopique, le préjudice est certain ; mais pour obtenir réparation, il faut prouver que la perforation de la vessie a bien été provoquée par la cystoscopie et non par la maladie ayant nécessité l'examen⁶⁰⁴.

485. En effet, le caractère certain du préjudice implique incontestablement que celui-ci soit actuel. Cette notion n'exclut pas cependant le préjudice futur, à condition que celui-ci ne soit pas seulement éventuel, mais inévitable. Donc le juge, tout en retenant le préjudice futur, écarte le préjudice dit éventuel ou hypothétique qui ne saurait en effet ouvrir

⁶⁰⁴ Montador (J), op. cit. p.143-144.

droit à réparation. Ainsi, le préjudice futur peut être considéré comme certain lorsqu'il s'analyse en une perte certaine d'une chance d'obtenir un résultat probable. Il faut dire que la perte de chance est pratiquée de façon assez abondante en matière de responsabilité médicale en France⁶⁰⁵. Le juge administratif est le premier à faire référence à la notion de perte de chance en matière de responsabilité médicale dans un arrêt rendu en date du 24 avril 1964⁶⁰⁶. Dans cette affaire, la responsabilité de l'établissement public de santé a été retenue en raison du défaut de surveillance du patient le lendemain d'une intervention chirurgicale, ce qui avait compromis les chances de celui-ci d'éviter l'amputation d'une de ses jambes⁶⁰⁷. La Cour de Cassation à son tour ne tarda pas, à la suite de cet arrêt, à faire émerger la notion de perte de chance dans le domaine de la responsabilité relevant de la compétence du juge judiciaire, dans une espèce où une erreur de diagnostic avait privé un patient d'une chance de guérison⁶⁰⁸. Depuis lors, l'application de la notion de perte de chance n'a cessé d'accroître. On peut à titre d'illustration donner une importante décision rendue par le conseil d'Etat le décembre 1988. Il s'agit, à la suite du décès d'une patiente survenue dans un service de gynécologie à cause d'une infection microbienne. Le service de l'hôpital ayant connaissance de ladite infection n'avait pas informé l'autre service. Le CE dans sa décision a établi que « *le défaut de coordination entre deux services d'un même établissement hospitalier avait compromis les chances de survie de la patiente* »⁶⁰⁹. Egalement la CAA de Paris dans sa décision du 22 septembre 2011 a jugé qu'« *un retard dans l'intervention médicale, à la suite d'une embolie gazeuse, avait compromis les chances de guérison du patient* »⁶¹⁰.

486. Il ne faudra cependant pas perdre de vue le fait que c'est à la victime d'établir l'existence d'un lien de causalité entre le préjudice subi et la faute. Mais comme l'a si bien rappelé Anne Marie Duguet, « *les difficultés de preuve qui peuvent apparaître, amènent*

⁶⁰⁵ La perte de chance n'est pas une notion propre au droit de la responsabilité médicale. Il s'est invité pour la première fois en 1889 dans un prétoire à l'occasion d'une action en responsabilité civile à l'encontre d'un avocat, celui-ci ayant privé son client de la possibilité d'exercer un recours contentieux (Cass. req., 17 juillet 1889 : S. 1891, I, p. 399).

⁶⁰⁶ CE 24 avril 1964, Hôpital-hospice de Voiron, Rec. p. 259, RDP 1964, p. 711.

⁶⁰⁷ Cf, Les Grandes décisions du droit médical, op. cit., note Bruno Apollis, p. 632.

⁶⁰⁸ Cass. 1^{er} Ch. Civ., 14 décembre 1965, JCP 1966, II, n° 14753, note Savatier.

⁶⁰⁹ Conseil d'Etat 9 décembre 1988 n° 53755, M. Patrick X c/ l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

⁶¹⁰ CAA Paris, n° 09PA03208, 22 septembre 2011 M. Julien A c/ l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

parfois les juridictions administratives à demander une expertise afin de déterminer si les faits reprochés au service hospitalier ont une influence sur l'état de l'intéressé et sur l'évolution de son affection de nature à compromettre les chances que le patient avait de se rétablir et par la suite, de décider s'il existe un lien de causalité entre la faute de service et le décès ou l'infirmité. Si tel est le cas, les tribunaux dans ces circonstances, appliquent une présomption de causalité en estimant que la faute est la cause déterminante du préjudice, même s'il n'est pas possible de préciser dans quelle proportion elle a pu réduire les chances corporelles »⁶¹¹.

487. En outre, il faut souligner que le préjudice doit être évaluable en argent. Ainsi pour l'indemnisation de la victime, le juge procède à une évaluation du préjudice en se fondant sur un certain nombre de méthodes.

B : Les méthodes d'évaluation du préjudice.

488. Le juge Sénégalais évalue souvent les éléments du préjudice séparément selon qu'il s'agisse du préjudice matériel ou moral, mais aussi peut procéder, à l'instar du juge français, à l'évaluation selon qu'il s'agisse d'une atteinte à l'intégrité corporelle ou selon qu'il s'agisse de décès du patient⁶¹².

a) L'évaluation selon le préjudice matériel ou moral.

489. Lorsqu'il s'agit d'un préjudice matériel, autrement dit le manque à gagner lié à la période d'interruption d'activité, des frais liés à l'invalidité résultant des faits, des frais médicaux et pharmaceutiques restés à la charge de la victime, le juge met l'accent sur

⁶¹¹ Anne Marie Duguet, *La faute médicale à l'hôpital*, 2^{ème} édition, Berger Levrault 2000, p. 155.

⁶¹² Marc Dupont, Claudine Bergoignan-Esper et Christian Paire, op. cit., p. 874.

l'évaluation des biens et sur les revenus de la victime. C'est ce qui a amené le juge dans l'affaire Veuve Nemer Sabbah à estimer le préjudice matériel à 1.500.000F, affirmant que « *la victime, hormis son statut de professeur certifié de classe exceptionnelle au lycée Blaise Diagne, avec un salaire mensuel qui gravitait autour de 263 782F, était aussi lecteur de Coran à l'Université de Paris et à celle de Dakar où il exerçait parfois même des fonctions de chargé de cours qui lui avaient permis de gagner un crédit de 158 460 F pour les premiers et second trimestre de 1979 et de plus, il aurait même traduit des œuvres de la plupart de nos auteurs, notamment Léopold Sédar Senghor* ».

490. Lorsqu'il s'agit d'un préjudice moral, le juge met souvent l'accent sur la douleur morale et affective. Il peut s'agir de souffrances endurées et de préjudices d'agrément si la victime est désormais privée de certaines activités de loisir. Il peut s'agir aussi de préjudices esthétiques. C'est ce qui a amené le juge dans l'arrêt Demoiselle Diop à retenir ce préjudice et à l'évaluer à 2. 000.000 F car selon lui, le fait que cette jeune fille soit privée de son œil droit constitue à son égard un préjudice esthétique grave.

b) L'évaluation selon le préjudice corporel ou de décès.

491. Il faut donc rappeler que le juge français, quant à lui, adopte essentiellement deux procédés pour évaluer le préjudice en matière médicale, c'est à dire lorsqu'il y a atteinte à l'intégrité corporelle et lorsqu'il s'agit du décès du patient. Cette méthode d'évaluation peut parfois être empruntée par le juge sénégalais.

492. Dans le cas d'atteinte à l'intégrité corporelle, le juge pour la réparation du préjudice fait souvent référence aux frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation payés par la victime ou par les caisses d'assurance maladie de son client, la perte de revenus, les troubles dans les conditions d'existence (désagréments de toute nature), les souffrances physiques ou pretium doloris, le préjudice esthétique etc. Le juge fera ainsi état dans l'arrêt Demoiselle Diop, de disgrâces physiques de cette jeune fille découlant de sa cécité et de la nature du long traitement douloureux. Il évaluera ce préjudice à 1. 000.000 F.

493. Dans le cas de décès du patient, le juge prend en compte les frais médicaux et d'hospitalisation de la victime, les frais d'obsèques, le préjudice matériel résultant de la perte de revenu pour les ayants droits, leur douleur morale et leur trouble dans les conditions d'existence. En effet, il faut rappeler que le juge sénégalais, à l'image de son homologue français, reconnaît la transmission des droits de la victime d'un dommage hospitalier à ses héritiers. C'est ainsi que le droit à la réparation des préjudices matériels et personnels subis par le patient entrent dans le patrimoine de ses héritiers même lorsque celui-ci n'avait, avant son décès, introduit aucune action en réparation de ces préjudices⁶¹³.

494. Il faut cependant noter que la date de l'évaluation est faite à partir de la date de la commission du dommage s'il s'agit des biens et de celle de la décision du juge s'il s'agit des autres cas. Ainsi, si le juge dispose d'assez d'éléments pour fixer le montant de la réparation dans certaines situations, il n'en demeure pas moins qu'il soit obligé surtout en matière médicale de commettre le plus fréquemment un expert pour s'occuper de l'évaluation de l'ensemble des préjudices qui souvent relève de la subjectivité de celui-ci.

495. En effet, la réparation du dommage doit être intégrale, c'est à dire qu'elle doit compenser exactement et complètement le dommage subi. Il doit donc être systématiquement versé à la victime l'indemnité qui, en principe, doit couvrir l'intégralité du préjudice, à moins que celle-ci (la victime) ait contribué à l'avènement de la faute dommageable, et dans ce cas, l'indemnité ne couvre qu'une fraction du préjudice apprécié par le juge⁶¹⁴. Ainsi, dans toutes les jurisprudences visitées, l'établissement de santé déclaré responsable est souvent condamné sous la garantie de sa compagnie d'assurance. Cette possibilité résulte du fait que tous les établissements hospitaliers et les cliniques du Sénégal sont en général assurés.

⁶¹³ Patrick Allal, Patrick Fraisseix, Marie Françoise Guilhemsans Cabal, Marie Ordile Saillard, *Droit hospitalier*, Collection Major, PUF 2003, p. 251.

⁶¹⁴ Il faut de passage rappeler que le juge n'a fait, dans aucune des jurisprudences étudiées, état d'une responsabilité partagée entre l'établissement de santé et la victime.

496. En outre, en matière de responsabilité, l'Etat est souvent coupable des fautes imputées à ses agents lors de l'exercice de leur fonction. Ainsi, à chaque fois que le juge retient sa responsabilité, il est obligé d'indemniser la victime. Cependant, depuis la réforme hospitalière de 1998, l'Etat n'est plus responsable directement des dommages causés dans le cadre de l'exercice des fonctions hospitalières mais plutôt la direction de l'hôpital elle-même. A supposer que l'hôpital soit rendu coupable des actes commis par son préposé ce dernier peut se retourner contre son agent : action récursoire (article 145 COA). L'action récursoire, comme on l'a vu plus haut, est utilisée par l'administration lorsqu'elle a indemnisé la victime. Cela veut dire que l'administration peut se retourner contre son agent auteur de la faute personnelle. Cette solution est consacrée par la jurisprudence française du Conseil d'Etat du 28 juillet 1951 : Laruelle. Elle a été reprise par le législateur sénégalais à l'article 145 alinéa 2 du COA. Ainsi c'est la faute personnelle commise à l'occasion de l'exercice des fonctions et détachable du service qui constitue le fondement de l'action récursoire au Sénégal. En France, il faut signaler que l'action récursoire intervient en cas de cumul de fautes ou en cas de cumul de responsabilités. L'action récursoire relève en France de la compétence de la juridiction administrative. Au Sénégal, c'est le tribunal régional qui est compétent en matière administrative. Mais en pratique l'administration préfère délivrer à l'agent un titre exécutoire, c'est-à-dire un ordre de versement ou un ordre de recette. Enfin, l'agent pourra saisir le juge pour faire opposition au principe ou à l'étendue de la charge indemnitaire que l'administration veut justement mettre à sa charge. Par ailleurs, il faut noter que lorsque l'établissement est rendu responsable du fait de son préposé, la sanction qu'il inflige à ce dernier est dans la plupart des cas disciplinaire car celui-ci ne disposera jamais de moyens pour honorer les charges qui lui sont imputées. Il en est de même lorsque la responsabilité d'un établissement privé est retenue du fait de son praticien. Ici le praticien est dans une situation contractuelle. Donc sa situation est beaucoup plus délicate que celle de son homologue du public qui se trouve dans une situation légale réglementaire sauf quelques exceptions : les vacataires et les professeurs des universités. Ainsi, le praticien, lié à l'établissement privé par un contrat de travail, est souvent licencié lorsqu'il est responsable d'une faute imputable à l'établissement.

497. Qu'en est-il du régime de la responsabilité en matière de l'exercice de la médecine libérale dans les services publics de santé ?

498. L'exercice de la médecine libérale dans les services publics de santé a été consacré par le décret n° 78-177 du 2 mars 1978⁶¹⁵, complétant l'article 8 du décret n° 65-061 du 4 février 1965 relatif au personnel enseignant et hospitalier du Centre hospitalier universitaire de Dakar. Ce dispositif permet l'exercice de la médecine libérale à certains membres du personnel du service public de santé, ainsi que les conditions dans lesquelles cet exercice doit s'effectuer. Ainsi, seuls les professeurs agrégés bénéficient de cette faveur⁶¹⁶. Ce dispositif a été consacré dans le but de maintenir le personnel professoral et de les motiver dans l'exercice de leur fonction au sein de l'établissement public de santé. Ainsi, les membres du personnel concerné reçoivent leurs malades dans les locaux du service public selon un calendrier déterminé moyennant le paiement d'honoraires. Ces professeurs emploient le personnel médical et paramédical du service public. De ce fait, on peut dire que ce sont des « îlots de cliniques privées » qui disposent de privilèges accordés aux professeurs de médecine officiant dans les établissements publics de santé pour pratiquer une médecine libérale dans les locaux de ceux-ci à des heures bien déterminées. Cela se fait soit le soir, soit la matinée en utilisant le personnel, le matériel et les locaux du service public de santé moyennant le versement direct d'honoraire au service comptable de l'établissement public de santé.

499. Il existe donc, un lien très étroit entre cette activité et l'établissement dans lequel elle est pratiquée, car non seulement, elle se fait avec les moyens de celui-ci et dans son enceinte, mais aussi, le médecin qui exerce cette activité est autorisée non seulement par cet établissement mais aussi ce dernier prend des intérêts sur l'activité du praticien. Ainsi, le patient d'un médecin du service public hospitalier se trouve-t-il dans quelle situation lorsqu'il consulte ce dernier dans l'enceinte de l'établissement, en dehors de ses heures de services c'est-à-dire lorsqu'il exerce des prestations à titre privé ? La réponse semble être facile car, nous pouvons aisément déterminer que le patient se trouve dans une situation de contrat médical avec son médecin. Ainsi, comme l'affirme Gérard Mémeteau « *la médecine privée ou*

⁶¹⁵ JORS du 25 mai 1978, n° 4625, p. 387.

⁶¹⁶ Cette faveur peut aussi être accordée à titre temporaire à d'autres membres du corps médical. Ainsi conformément à l'article 12 de la loi n° 66-69 du 4 juillet 1966 relative à l'exercice de la médecine et à l'Ordre des médecins : « lorsque le Conseil nationale de l'Ordre aura constaté, par une délibération motivée, l'insuffisance du nombre de médecins privés dans une localité et pour une spécialité donnée, et l'utilité de l'octroi d'une dérogation, l'autorité administrative pourra autoriser à titre temporaire et révocable un médecin appartenant aux services publics ou à l'assistance technique à exercer la médecine à titre privé en dehors des heures de service et des locaux administratifs ».

*libérale se caractérise par un lien contractuel entre le patient et le dispensateur des soins »*⁶¹⁷. Ce propos résulte d'une décision jurisprudentielle de principe qui dispose que le régime juridique des relations entre le malade et le médecin libéral repose sur le contrat médical⁶¹⁸.

500. En effet, la mise en jeu de la responsabilité dans le cadre de l'exercice de la médecine libérale dans les services publics de santé semble très compliquée dans le contexte sénégalais car n'étant pas clairement défini, contrairement à la France où cette question est résolue, mettant à la charge du praticien tout dommage résultant de l'accomplissement des actes qu'il accomplit à titre privé dans un établissement public de santé. Ainsi, le patient victime d'un acte médical doit-il engager seulement la responsabilité de son médecin ou bien peut-il engager celui de l'établissement où le médecin exerce à titre libéral son art ? Aussi, dans le cas où l'acte a été commis par un préposé de l'établissement sous la disposition du médecin traitant, peut-on engager la responsabilité de ce dernier, celui du médecin libéral ou de l'établissement où l'acte est commis ?

Par ailleurs, le juge sénégalais n'a jamais eu l'occasion d'apporter une réponse à ces interrogations parce que très peu saisi dans ce domaine. A notre avis, le patient qui est dans cette situation doit avoir la possibilité d'engager soit l'établissement où le médecin exerce son activité à titre libéral, soit le médecin à qui il est lié par un contrat médical, soit le préposé si l'acte fautif n'entre pas dans ses fonctions. Il peut aussi parallèlement engager la responsabilité de tous les trois. Notre argumentaire se justifie par le fait que dans un contexte où les textes ne sont pas clairs, où des grands médecins consultent à titre privé pendant des heures où ils sont censés travaillés pour le compte de l'hôpital et ce au su du directeur, la responsabilité de celui-ci peut donc être engagée en cas de faute du praticien à qui il délivre l'autorisation d'exercer la médecine à titre privé dans son établissement parce que c'est à lui que revient l'obligation d'établir un code de conduite à ses agents.

501. Enfin, on remarque une certaine homogénéité quand à la démarche du juge sénégalais en matière de responsabilité. Le juge sénégalais suit la même logique que l'on soit

⁶¹⁷ Gérard Mémeteau, op. cit., p. 325.

⁶¹⁸ Cassation Civ. 20 mai 1936, Dr Nicolas c/ époux Mercier, Gazette du Palais 1936 2-41, Concl. Matter.

en établissement public ou privé. C'est la règle de saisine qui diffère selon qu'on est patient d'un établissement public ou privé. Mais, comme on l'a vu plus haut, ce sont en général les mêmes juges qui statuent aussi bien sur les affaires civiles comme administratives grâce au système d'unité de juridiction. Il est important aussi de noter que le juge retient rarement la responsabilité directe du praticien en matière civile et presque jamais en matière pénale. Il a toujours tendance à transposer la responsabilité du praticien à son employeur. C'est pour cette raison que dans ce chapitre nous n'avons pas fait état d'une étude distincte entre la responsabilité hospitalière et la responsabilité contractuelle en établissement privé de santé, encore moins une étude sur la responsabilité pénale du médecin. En outre, l'attitude du juge sénégalais s'explique, comme nous l'avons vu, par le souci d'indemnisation des victimes mais aussi par des raisons de pragmatisme: à quoi ça sert de condamner des praticiens, sachant que le secteur de la santé souffre d'un manque criard de personnel, celui-ci qui de plus en plus a tendance à quitter le continent pour migrer en occident.

502. Pour conclure ce chapitre, nous rappellerons que l'offre de soins suppose toujours une meilleure garantie de l'accessibilité aux établissements sanitaires. Elle suppose aussi, pour ces établissements d'offrir des prestations de qualité au meilleur coût possible. Cependant cette volonté à laquelle le législateur sénégalais était si attaché, remarquée à travers l'initiation de la réforme hospitalière de 1998, a été annihilée non seulement par l'état du plateau technique des établissements publics de santé qui manque d'équipements nécessaires et de personnel de soins, mais aussi par le comportement de certains agents de santé. La réforme de 1998 a certes mis l'accent sur ce volet tout en offrant aux usagers du service public hospitalier une réelle possibilité de pouvoir engager la responsabilité de l'hôpital, mais cela n'a en rien changé les habitudes des agents de santé dont le maître mot est le non respect du patient, depuis l'accueil jusqu'au moment de l'interaction thérapeutique. Le personnel de santé sait bien que ces fautes commises resteront pour la plupart impunies. En effet, au vu du nombre limité de praticiens dans des pays comme le Sénégal et la considération dont ils jouissent, liée à la noblesse de leur activité, même le juge, lorsqu'il est saisi d'une requête mettant en cause un praticien, requiert, dans des cas extrêmes⁶¹⁹ une condamnation avec sursis. Ce qui, en général, ne fait pas cesser au praticien son activité.

⁶¹⁹ Il s'agit surtout le cas d'un manquement avéré à la loi, préjudiciable à la victime.

L'indulgence du juge s'explique souvent par une question d'opportunité, à savoir quel intérêt à prononcer une sanction à l'encontre d'un praticien, sachant que c'est la société qui y perdra le plus.

503. L'autre aspect qui fait que le personnel du secteur de la santé se donne le droit de faire tout ce qu'il veut est lié à la croyance des africains en la fatalité. Cette croyance liée généralement à des considérations religieuses ou traditionnelles explique sans doute la faiblesse du contentieux médical. Car, les patients ou leurs proches continuent toujours à se réfugier derrière la religion, se résignant face aux préjudices résultant d'un acte médical dont ils sont souvent victimes, en l'attribuant à la fatalité. Cette tendance demeure toujours même si les choses commencent à changer petit à petit. Toujours est-il que le médecin sénégalais reste intouchable et son privilège n'est pas loin de celui que Montaigne décrivait au XVI^e siècle : « *les médecins ont le bonheur que le soleil éclaire leurs succès et que la terre cache leurs fautes* ». Ce privilège a disparu en France car au terme de la loi, tout acte est susceptible d'engager la responsabilité de son auteur. Cette disposition a été reprise par le législateur Sénégalais⁶²⁰, mais dans la pratique le statut du médecin sénégalais reste beaucoup plus proche de celui décrit par Montaigne que de celui défini par la loi en vigueur, celle-ci ne s'appliquant presque jamais.

504. Il faut, en effet, souligner que les établissements publics de santé, au lieu d'être un cadre de soulagement des malades constituent un véritable facteur d'endurcissement de leur peine. C'est pourquoi ces derniers ou leurs proches sortent de plus en plus de ce carcan de fatalisme. En effet, les mentalités changeant petit à petit, la population n'hésite plus, à engager la responsabilité des établissements de santé ou de leurs praticiens devant le juge. Les jurisprudences étudiées plus haut en sont la parfaite illustration.

⁶²⁰ Il s'agit des articles 118 à 127 du COCC et des articles 142 à 145 du COA.

Conclusion Titre I.

505. L'accès aux soins présente l'aspect le plus tangible, le plus exigible même, du droit « générique » à la santé⁶²¹. Comme l'écrit Michel Bélanger : « *c'est l'accès aux soins qui est véritablement un droit* »⁶²². L'accès aux soins signifie donc pour un patient de pouvoir se rendre auprès d'un praticien médical et de recevoir, un traitement adapté au mieux, c'est-à-dire en l'état des connaissances et des thérapies en vigueur, à la maladie dont il souffre. Cependant, vu la dégradation alarmante de l'état des infrastructures sanitaires et de leur mauvaise gestion ce principe est loin d'être satisfait dans les pays africains et ce, malgré l'avènement en 1998 de la réforme hospitalière avec son lot de dispositions importantes. Ceci peut se comprendre aisément car ces dispositions n'ont pas été accompagnées de dispositifs adéquats, ce qui ne permet pas d'arriver à une offre de soins de qualité et une bonne couverture sanitaire. Ce fléau peut donc se justifier par la congestion des grands hôpitaux devant l'explosion démographique des métropoles, l'insuffisance de prise en charge des urgences⁶²³, l'insuffisance des ressources humaines, la démobilisation des personnes, la défection sanitaire des campagnes, mais aussi par l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins. Ce fléau peut aussi s'expliquer par l'absence totale d'étude épidémiologique, la dégradation des locaux, le manque de matériels et leur mauvais entretien, le manque de médicaments, mais aussi par l'absence d'un réel système de protection sociale, par l'impossibilité de dégager des capacités d'investissement, mais aussi par l'impunité des fautes commises etc.

⁶²¹ Xavier Bioy, art. cit., p. 38.

⁶²² Michel Bélanger, « Origine et histoire du concept de la santé en tant que droit de la personne », *Journal international de bioéthique*, 1998, vol. 9, numéro 3, p. 59.

⁶²³ Le secteur sanitaire sénégalais est très nécessiteux en ce qui concerne les services d'accueil d'urgence. En effet, l'Hôpital Principal de Dakar est la seule structure nationale qui remplit tous les critères d'accueil d'urgence. C'est du moins l'avis du chef de service du département urgence et réanimation de l'Hôpital Principal, le colonel Bakary Diatta. Ces propos ont été recueillis par « Sud FM », en marge de la journée de rencontre sur la gestion des urgences au Sénégal qui s'est tenue le mercredi 23 novembre 2011 à Dakar.

506. En effet, ne peut-on pas se poser la question de savoir s'il est vraiment pertinent d'attribuer l'autonomie de gestion aux structures qui, non seulement ne disposent pas de plateaux techniques et de ressources humaines et matérielles pouvant répondre aux exigences de la loi sur la réforme, à savoir une offre de soins de qualité et de quantité suffisante, mais aussi, qui n'arrivent pas à tenir de véritables budgets, encore moins à couvrir une partie importante de leur recette et qui n'ont qu'une connaissance limitée de leur activité médicale ?

507. En définitive, il serait important de rappeler aux autorités nationales en général et aux autorités de l'administration des établissements publics de santé en particulier que la santé constitue une condition essentielle du bien-être des individus. Et c'est la raison pour laquelle, l'Assemblée Mondiale de la Santé, s'inscrivant dans cette dynamique, déclarait en 1977 que « *la santé est un droit fondamental de l'être humain* ». Cela s'explique en évidence par la prise de conscience que le développement est impossible sans une population en bonne santé car le développement économique et le développement social sont interdépendants. Certes, beaucoup de dispositions ont été prises telles que la réforme hospitalière de 1998 afin d'aboutir à une offre de soins de qualité accessible à toute la population où qu'elle soit. Cependant, les politiques mises en place ne sont pas assez pertinentes pour résorber les problèmes qui minent le secteur de la santé au Sénégal car, avant de s'attaquer aux problèmes de soins, il faut d'abord s'attaquer aux fléaux qui sont à l'origine de la dégradation de la santé de la population. Il s'agit d'abord de mettre l'accent sur la résolution de la pauvreté, de la famine, de l'insalubrité. Cette recherche de solution nécessite obligatoirement l'accès à des logements salubres, l'accès à l'eau potable, l'accès aux produits de première nécessité, l'accès à l'école pour tous, qui sont évidemment le gage de la réussite de la politique de l'éducation à la santé. Il sera aussi nécessaire de développer des activités génératrices de revenus, les micro-entreprises par exemples et enfin, il s'agira également de réglementer la médecine traditionnelle pour parer aux risques qu'elle représente et pour lui accorder la plénitude du rôle qu'elle assume aujourd'hui car premier recours de la population sénégalaise aux soins.

Titre II : Des solutions pour une offre de soins performante.

508. Les politiques mises en place jusque là en matière d'offre de soins ne sont pas assez efficaces pour résoudre les problèmes d'accès aux soins de la population. Ainsi, en sus des efforts consentis, deux solutions se dégagent pour que les Etats africains parviennent à donner à leur population ce qui est le plus important à tout être : la santé. Il s'agit d'une part de prendre en compte la médecine traditionnelle dans le corpus sanitaire en la réglementant et d'autre part d'élargir l'offre de soins vers l'offre de santé par la prévention.

509. Parlant de la médecine traditionnelle, il faut noter qu'elle occupe une place importante dans les ménages africains qui en font leur premier mode de recours aux soins⁶²⁴. Le système sénégalais de soins de santé, avant la colonisation, était basé essentiellement sur l'utilisation des plantes médicinales et des rites thérapeutiques. La médecine moderne y a pris corps comme dans la plupart des pays africains pendant la période coloniale. En effet, toute médecine ne se comprend qu'en tenant compte des valeurs culturelles des peuples et de leur civilisation. Si la civilisation peut se définir, selon le Larousse, comme « *un ensemble de caractères propres à la civilisation matérielle, intellectuelle, morale et artistique d'une société donnée* », la médecine traditionnelle en tant qu'aspect de la civilisation africaine, peut dès lors s'interpréter comme « un ensemble de préceptes matériels, moraux, rationnels, irrationnels, empiriques et mystiques qui ont été développés depuis la naissance de l'humanité et transmis de génération en génération, comme moyen de défense, pour assurer la bonne santé du groupe ». A cet effet non seulement elle s'inspire du modèle spirituel et temporel ambiant d'une société donnée, mais également elle est un instrument lié à l'écosystème⁶²⁵. La médecine traditionnelle africaine constitue donc « une science » particulière qui englobe un

⁶²⁴ Salifou Dembélé, « L'apport du Code de la santé publique du Burkina Faso dans l'amélioration de la dispensation des soins de santé : le cas de la médecine traditionnelle », in Actes du Colloque international de Dakar, Droit et Santé en Afrique, 1^{ère} animation scientifique régionale du réseau « droit de la santé » de l'AUF, 28 mars-1^{er} avril 2005, les Études hospitalières 2006, p. 77.

⁶²⁵ Le tradipraticien africain est à la fois praticien de l'art « médical » et de l'art « pharmaceutique », en termes plus appropriés de la « pharmacopée ». Cette pharmacopée traditionnelle constitue un ensemble de savoirs, de connaissances, de pratiques, de techniques de préparation et d'utilisation de substances, végétales, animales et/ou minérales, qui servent à diagnostiquer, à prévenir et/ou à éliminer un déséquilibre physique, mental ou social.

large éventail de pratiques à base de plantes ou de spiritualisme, exercée par une pluralité de praticiens.

510. Il faut rappeler qu'au niveau mondial, la médecine traditionnelle connaît un regain d'intérêt compte tenu des limites de la médecine moderne face à certaines maladies comme le VIH/Sida et face au coût prohibitif des consultations et des médicaments pour le citoyen moyen, entraînant le recours massif à celle-ci. Face à cet engouement, l'OMS va finir par reconnaître cette médecine et encouragera fortement les pays du Sud à l'intégrer dans leur système de santé. Elle définit ainsi la médecine traditionnelle comme *« un ensemble de connaissances, de compétences et de pratiques traditionnelles de soins holistiques basées sur des théories, des croyances et des expériences collectives se transmettant de génération en génération et dont le rôle dans la préservation de la santé et dans le traitement des maladies est reconnu et accepté de tous les membres d'une communauté donnée »*⁶²⁶.

511. Par ailleurs, malgré l'importance que requiert la médecine traditionnelle dans l'amélioration de la santé des individus, elle bénéficie dans peu de pays africains d'un cadre légal et réglementaire. Peu d'actions y sont menées en vue d'une promotion durable de cette médecine mais aussi en vue d'assurer la sécurité sanitaire de la population faisant recours à cette médecine. Cependant, certains pays comme le Burkina Faso ont codifié la médecine traditionnelle⁶²⁷ et d'autres pays comme le Sénégal sont dans le processus de sa codification. Il existe même au Sénégal au niveau du ministère de la santé une division de la médecine traditionnelle. Il faut donc dire que cette réglementation est nécessaire car elle permettra non seulement d'améliorer l'offre de soins mais d'encadrer son exercice afin de parer aux débordements constatés quotidiennement dans ce domaine.

512. Concernant l'élargissement de l'offre de soins vers l'offre globale de santé, il faut noter que la grande difficulté des pays africains à faire face à l'accès aux soins est liée au fait que les problèmes de la santé ne sont jamais pris en compte dès leur origine. Ils ne sont

⁶²⁶ Cf. Développement of national policy on traditional medicine, Manille, Organisation Mondiale de la Santé 2000, www.who.int/NR/rdonlyres/.../0/RC5207_rf.pdf.

⁶²⁷ Loi 23-94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de santé publique du Burkina Faso.

pris en compte qu'en aval, ce qui réduit le combat pour la santé à un simple combat pour guérir les maladies. En effet, en s'inscrivant dans la perspective de ce célèbre adage « mieux vaut prévenir que guérir », les Etats africains, au lieu de concentrer leurs efforts dans la prise en charge des soins, feraient mieux de mettre avant tout l'accent sur la prévention. Pour se faire, ils doivent d'abord assurer à leur population l'accès à une alimentation saine et suffisante, l'accès à l'eau potable, l'accès à des logements salubres et l'obtention de revenu pour assurer le minimum vital. C'est là où résident de véritables solutions pour faire face aux problèmes de santé des pays pauvres car une population suffisamment aisée, adopte, elle-même, une bonne hygiène de vie et est moins confrontée aux risques de maladies.

513. Les Etats doivent aussi parer à la conception réductrice de leurs établissements de santé qui sont en réalité des établissements de soins tout simplement. Ces derniers, comme le note Daouda Faye⁶²⁸, ne se donnent pour mission que de soigner tout en délaissant un pan important de leur obligation à savoir la prévention.

514. Par ailleurs, il est certes vrai que les pays africains n'ont pas les moyens d'assurer la santé à leur population, mais il leur est possible au moins de parvenir, par l'adoption d'une bonne politique sociale, à assurer leur bien-être ne serait ce que du point de vue de l'accès aux soins, à l'image de certains pays du Sud tels que l'Inde et le Cuba⁶²⁹.

515. En effet, les pays africains pour arriver à bout de leur objectif de santé publique, doivent nécessairement prendre en compte, dans leur système national de santé, la médecine traditionnelle (chapitre 1) et élargir les efforts de santé vers d'autres secteurs indispensables à l'atteinte des objectifs de santé (chapitre 2).

⁶²⁸ Entretien qu'il m'a accordé le 11 janvier 2011 au Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal.

⁶²⁹ Malgré le blocus américain, Cuba dispose des installations sanitaires de qualité, l'espérance de vie y est élevée (72 ans alors qu'en Afrique sud saharienne elle vacille autour des 50 ans) et le programme de vaccination y est efficace. Une analyse de ce système montre que les facteurs clefs de succès sont d'ordre organisationnel et structurel. Sur le plan structurel, le système de santé cubain repose sur la primauté accordée aux soins de santé primaire, à la médecine préventive et aux médecins de familles. Ils sont intégrés à la population par des « consultorio » équivalentes à de petites cliniques médicales dans chaque quartier. Ainsi, la structure cubaine de l'offre de soins se traduit par des soins accessibles à tous et gratuits à l'exception des médicaments de premières lignes.

Chapitre 1 : La prise en compte effective de la médecine traditionnelle.

516. La médecine traditionnelle, patrimoine historique et socioculturel africain, occupe une place importante dans les ménages africains qui en font leur premier mode de recours aux soins. Ainsi, préfaçant un livre sur la pharmacopée sénégalaise traditionnelle, le Président Léopold Sédar Senghor écrivait, « *en Afrique noire la pratique médicale, mystique et réaliste, comme l'est la civilisation du sous continent, est fort ancienne* »⁶³⁰. C'est dire que cette pratique est très ancrée dans les habitudes en Afrique et nul ne peut empêcher l'utilisation. Ainsi, accepter cette médecine en tant que telle et la doter d'un cadre juridique constitue la solution idéale pour protéger la population.

517. Au-delà de l'attachement des africains à la médecine traditionnelle, il faut constater que la médecine moderne ou conventionnelle à elle seule n'arrive pas à couvrir la moitié des besoins sanitaires des populations africaines. Ainsi, faire accompagner la médecine moderne par la médecine traditionnelle, comme cela fut le cas dans certains pays d'Amérique et d'Asie pourrait être un moyen pour la réussite de l'offre de soins en Afrique. A Cuba par exemple, la médecine traditionnelle occupe une place de choix dans la prise en charge des patients. Elle a été intégrée dans le système de santé dès 1991 pour se prémunir de la difficulté d'approvisionnement en médicaments. Cette expérience a démontré que les deux types de médecine ne sont pas incompatibles. Par ailleurs, l'industrie biotechnologique s'est développée avec comme résultat la fabrication en 2001 de médicaments génériques tels que les médicaments contre le VIH/Sida. Ainsi, la réglementation rapide de cette médecine traditionnelle au niveau des pays africains est nécessaire (section 1). Elle permettra non seulement de définir le statut des tradipraticiens, leur organisation et le cadre d'exercice de leurs activités mais permettra également de constituer un cadre légal de collaboration entre les deux médecines en vue d'améliorer l'offre de soins (section 2).

⁶³⁰ KERHARO J. et ADAM J. G., Pharmacopée sénégalaise traditionnelle, plantes médicinales et toxiques, Paris, Édition Vigot et frères, 1974, 1011 p.

Section 1 : L'urgence de la réglementation de la médecine traditionnelle.

518. La fonction première de toute thérapie est de guérir, à défaut, de soulager sans aggraver la situation individuelle ou collective des personnes. Ce principe a été rappelé par le juge de Cassation dans la jurisprudence Mercier qui est l'arrêt de principe en matière de contrat de soin. A cette occasion, il déclare, « *il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade [...], du moins de lui donner des soins, non pas quelconques [...], mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science...* »⁶³¹. Cependant, la médecine traditionnelle, même si le but est d'apporter un réel soulagement aux usagers, peut produire l'effet contraire parce que s'exerçant dans une anarchie totale dans la plupart des pays du Sud. Donc, les Etats en tant que garants de la protection de la personne humaine, doivent prendre leurs responsabilités face aux nombreux désastres résultant de cette pratique. Ainsi, les autorités du Sénégal, conscientes de cette situation, ont opté pour sa réglementation à travers le projet du Code de la santé. Mais, ce Code n'est toujours pas entré en vigueur. En attendant, la médecine traditionnelle telle qu'elle est exercée au Sénégal, reste marquée par une absence d'encadrement juridique. C'est ce qui d'ailleurs justifie son déplorable désordre. Partant de ces constats, la réglementation de la pratique de la médecine traditionnelle s'avère obligatoire de nos jours car c'est l'un des moyens les plus efficaces permettant de lutter efficacement contre toute forme de charlatanisme⁶³² ainsi que de lutter contre l'utilisation abusive des ressources environnementales (paragraphe 1). Cette réglementation permettrait aussi à la médecine traditionnelle de devenir une alternative à l'offre de soins (paragraphe 2).

⁶³¹ CE Cass. Civ., 20 mai 1936, Mercier, *Les Grandes décisions du droit médicales*, note François Vialla, p. 2011 et s.

⁶³² Pourtant, des dispositions pénales interdisant le charlatanisme existe déjà. Selon l'article 234 du Code pénal sénégalais « *sera puni de l'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 20.000 à 100.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque aura participé à une transaction commerciale ayant pour objet l'achat ou la vente d'ossements humains ou se sera livré à des pratiques de sorcellerie, magie ou charlatanisme susceptibles de troubler l'ordre public et porter atteinte aux personnes ou à la propriété* ». Mais ces dispositions s'appliquent très difficilement car identifier le charlatan parmi les vrais guérisseurs est problématique parce qu'aucun des deux ne dispose d'autorisation légale à exercer la médecine.

Paragraphe 1: La réglementation de la médecine traditionnelle : un moyen de lutte contre le charlatanisme et l'utilisation abusive des ressources environnementales.

519. L'exercice de la médecine traditionnelle au Sénégal reste marqué par une absence de cadre juridique. Il est basé sur un régime de tolérance caractérisé par une anarchie totale, ce qui représente un réel danger pour la santé et pour l'écosystème. Ainsi, face à la recrudescence de ce phénomène et face à son recours massif par la population, le Sénégal, tout comme la plupart des pays de la sous-région, doit s'activer à l'organiser et à l'encadrer juridiquement.

A : Un moyen de lutte contre le charlatanisme.

520. Malgré l'intérêt suscité par l'OMS face à la nécessité d'intégrer la médecine traditionnelle dans le système de santé depuis la conférence d'Alma Ata en 1978, le Sénégal, à l'instar de nombreux pays africains, met lentement en place les politiques et législations dans ce domaine. Ce n'est qu'en 1985 que le Président Abdou Diouf par une directive⁶³³, a demandé à tous les services de s'approprier la médecine traditionnelle. L'Etat a préféré adopter une approche progressive d'intégration de la médecine traditionnelle dans sa législation. Au regard de cette vision un conseil interministériel consacré à la médecine traditionnelle a eu lieu en 1993, suivi de la création d'une division de la médecine traditionnelle au sein du ministère de la santé. Sous l'impulsion de cette division, le premier forum national sur la médecine traditionnelle a été réalisé avec différents acteurs du domaine. A l'issue de ce forum l'avant projet de la loi sur la médecine traditionnelle a été élaboré puis validé en 2003⁶³⁴.

⁶³³ Lettre n° 3817/PR/CAB/Info du 24 juillet 1985.

⁶³⁴ Elle n'est jamais entrée en vigueur.

521. Par ailleurs de nombreuses politiques ont certes été menées depuis 1985 dans le domaine de la médecine traditionnelle, mais sa réglementation effective tarde toujours à voir le jour. Ce domaine devient ainsi le terrain de prédilection des faux marabouts ou faux féticheurs, motivés par l'appât de gains faciles et exerçant le métier de guérisseur dans une impunité totale. Cette impunité s'explique par la crainte que ces derniers disposeraient de pouvoirs qui pourraient nuire à l'individu ou à sa famille. C'est cette situation qui en réalité explique l'apathie des autorités face aux multiples exactions de « ces marchands de la morts »⁶³⁵. Cette croyance archaïque crée également une grande psychose au sein de la population qui y croit fermement et préfère, lorsqu'un malheur par le fait d'un charlatan leur est arrivé, se recroqueviller derrière les considérations religieuses ou socioculturelles en parlant de « dogolu Yala⁶³⁶ » au lieu de porter l'affaire devant la justice.

a) L'origine des pratiques du charlatanisme

522. L'absence de réel contrôle qui prévaut dans le secteur de la médecine traditionnelle crée une anarchie incontestable. Le charlatanisme n'existait pas dans la société traditionnelle africaine. Ce n'est qu'avec l'interdiction formelle de la pratique de la médecine traditionnelle pendant la période coloniale que ce phénomène a vu le jour. En effet, la majorité des représentants occidentaux, plutôt intéressés par le partage des terres, le commerce et l'imposition de leur civilisation, étaient profondément convaincus, comme le voulait l'époque, qu'il n'y avait d'autre médecine qu'occidentale et pas d'autre civilisation qu'européenne. Ainsi, le guérisseur n'était pas considéré comme un partenaire mais comme un ennemi, car aux yeux du colonisateur, il représentait les forces des ténèbres, du mal, de l'antéchrist. Cette médecine était considérée et enseignée dans les écoles comme un acte barbare, une animosité et un empoisonnement des malades par les guérisseurs. A partir de ce

⁶³⁵ Ce n'est pas un secret de polichinelle qu'au Sénégal pouvoir politique, sorcellerie et « maraboutage » sont des pratiques « intimement » liées. La consultation des devins, des voyants ou autres « clairvoyants » censés pouvoir interroger les esprits pour agir en « modifiant » le destin sont des œuvres devenues courantes et banales pour les hommes au pouvoir. La permanence de la cosmogonie africaine traditionnelle dans sa face politique est d'une évidence éclatante au Sénégal. C'est pourquoi les autorités surtout les politiques ont du mal à quitter le monde du bois sacré ou à se séparer de la sphère maraboutique. C'est également pourquoi elles hésitent à intervenir dans tout acte relevant du domaine du marabout ou du féticheur.

⁶³⁶ C'est un terme Wolof qui signifie : c'est la volonté de Dieu.

moment les guérisseurs furent pourchassés, décriés, harcelés, traqués et traduits devant les tribunaux sous le chef d'inculpation d'exercice illégal de la médecine tel que prévu dans l'article 8 de l'Ordonnance du 24 septembre 1945, repris par l'article 372 du Code de la santé publique applicable dans les territoires d'Outre mer. Aussi, subissaient-ils des peines allant de l'amende à l'emprisonnement, mais encore des mesures disciplinaires prévues par le conseil régional de l'ordre des médecins voire même des sanctions civiles imposées par les tribunaux correctionnels pour dommages et intérêts⁶³⁷. Ainsi la médecine traditionnelle devenue officieuse parce que combattue, passait dans la clandestinité. Voilà que naissait le charlatanisme. A cet effet, les « vrais » guérisseurs, devant les menaces, se sont retirés dans les villages les plus lointains, tandis que les charlatans assoiffés d'argent allaient à la rencontre des patients pour leur proposer leurs services.

523. Depuis 1960, la colonisation n'est plus, mais le fait qu'il y ait toujours une absence de légalisation de cette médecine par les autorités donne de l'ampleur au phénomène du charlatanisme. Autrefois défini comme « une personne qui vante sur la place publique ses produits, aujourd'hui, le charlatan est vu comme toute personne qui vante la célébrité de ses recettes au moyen de publicité mensongères via les médias ». Ainsi, le charlatan, contrairement au guérisseur qui veut au moins soulager la personne qui souffre, ne pense qu'à son profit personnel. C'est un bateleur, le « ciarlatane » (celui qui parle avec emphase) qui va de ville en ville exploiter la célébrité publique pour vendre toujours avec profit ou créer une illusion conduisant à des espoirs déçus⁶³⁸.

524. Devant cette floraison charlatanesque, le guérisseur disparaît et perd toute sa valeur. C'est ainsi que Iba Der Thiam a interpellé le premier Ministre de l'époque (2004) sur le sort réservé au tradipraticien⁶³⁹. Le professeur Thiam a justifié sa préoccupation par le fait qu'il existe des tradipraticiens de qualité qui souffrent depuis l'indépendance du manque de considération et de reconnaissance que rien ne justifie et qu'il ne faut pas confondre avec les charlatans, d'où la nécessité de la mise en place d'un cadre juridique adéquat qui constituera

⁶³⁷ Eric Gbodossou, *Approche de la médecine traditionnelle africaine*, Thèse de doctorat, Faculté de la Médecine et de la Pharmacie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, année 1979, p. 72.

⁶³⁸ Eric Gbodossou, op. cit., p.73.

⁶³⁹ APS, le 7 septembre 2004, <http://www.aps.sn/artifice.php>, article 2027.

une riposte au charlatanisme qui ne cesse de ternir l'image de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle. Ce fut le cas de ce charlatan du village d'Orkadiéré (département de Kanel) réputé pour ses activités d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et arrêté par la gendarmerie de Matam suite à une alerte anonyme faisant état d'une femme enceinte, qui chercherait à se débarrasser de sa grossesse, retrouvée morte dans la chambre dudit charlatan⁶⁴⁰. Ce fut aussi le cas de cette dame qui souffrait d'une pathologie grave et qui ayant eu échos d'un grand « marabout » spécialiste en la matière au quartier Mbour Maure s'y rendit. Mais cette dame ne se doutait pas qu'elle avait affaire avec un délinquant sexuel. Le marabout de 60 ans faisant croire à la femme qu'il lui administre des substances médicinales, lui a fait boire un somnifère. Après qu'elle a sombré dans un profond sommeil, celui-ci abusa d'elle. C'est seulement à son réveil qu'elle s'est rendue compte qu'elle avait eu des rapports sexuels. Ainsi, cette jeune femme mariée et mère de trois enfants finit par tomber enceinte ; et la première conséquence de ce viol fut le divorce d'avec son mari⁶⁴¹.

Pire, des charlatans étrangers, fuient leur propre pays pour venir s'installer au Sénégal⁶⁴². L'affluence constatée avec des tradipraticiens étrangers est liée au fait qu'il n'existe pas de réglementation au Sénégal. C'est ce qui explique qu'« *ils fuient leurs pays où la législation est souvent contraignante*⁶⁴³, pour venir s'installer dans nos contrées et compromettre la santé de nos populations », affirme Isseû Diop Touré représentant de l'OMS à Dakar⁶⁴⁴, d'où l'intérêt d'accélérer le processus de la réglementation de la médecine traditionnelle.

⁶⁴⁰ Seneweb news, mercredi 7 septembre 2011, <http://www.seneweb.com/>.

⁶⁴¹ Walfadjiri, mercredi 29 juin 2011, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le mercredi 29 juin 2011.

⁶⁴² Certains pays comme le Burkina ont doté la médecine traditionnelle d'un cadre juridique légal (décret 2004-568 portant conditions d'exercice de la médecine traditionnelle au Burkina Faso, JO du Burkina Faso n° 53 du 30 décembre 2004). Ainsi, bon nombre de guérisseurs qui ne remplissent pas les conditions fixées par la loi sur l'exercice de cette médecine fuient ces pays pour venir s'installer au Sénégal où ils exercent leur métier prohibé en toute liberté.

⁶⁴³ Selon le décret burkinabè 2004-568 du 30 décembre 2004 : « nul ne peut exercer la médecine traditionnelle au Burkina Faso s'il ne dispose pas d'une autorisation d'exercice délivrée par le Ministre chargé de la santé » (article 5) et peuvent prétendre à l'autorisation « les tradipraticiens de santé burkinabés majeurs, de bonne moralité et de notoriété reconnue » (article 6). L'autorisation une fois obtenue, l'exercice de la médecine traditionnelle est soumis à la supervision et au contrôle des services compétents du ministère chargé de la santé (article 8).

⁶⁴⁴ Journée africaine de la médecine traditionnelle, tenue à l'Assemblée Nationale du Sénégal le 31 août 2006.

525. En effet, la codification de la médecine traditionnelle prévue dans le dispositif du Code de la santé publique, qui est en cours mais qui a du mal à être effectif, est salutaire. Les dispositions qui y sont consacrées sont intéressantes et quelques unes d'entre elles méritent d'être évoquées. Ainsi, le projet de loi relative à l'exercice de la médecine traditionnelle met fortement l'accent sur la protection humaine. A ce titre, le chapitre 2 concernant les droits et les devoirs des tradipraticiens, soumet ces derniers au respect de l'éthique médicale (article 10), au respect du secret professionnel et de la confidentialité, à adopter un comportement loyal vis-à-vis du patient (articles 13), au respect de l'inviolabilité du corps humain, au respect de la dignité de la personne humaine, à ne pas faire de publicité à caractère mercantile relative à l'efficacité de sa pratique et de ses remèdes, ni de faire usage de pseudonyme ou donner des soins ou faire des prescriptions qui dépassent sa compétence (article 14). Ils doivent donc se conformer aux règles légales et aux dispositions de la loi n° 83-20 du 28 janvier 1983 relative à la publicité. Egalement, les articles 15 et 16 prévoient des conditions pouvant être considérées comme l'exercice illégal de la médecine traditionnelle assorti de peines privatives de liberté de 1 à 6 mois et d'une amende de 10 000 FCFA à 50 000 FCFA⁶⁴⁵. En outre, le tradipraticien a aussi l'obligation de protéger l'environnement et en particuliers les espèces médicinales rares.

526. La mise en application de ces dispositions permettrait d'assurer un exercice loyal de la médecine traditionnelle et d'éviter d'abuser de la naïveté et de la vulnérabilité des patients. Cependant, la question qui vient à l'esprit est comment se fera l'appropriation de ces textes par des guérisseurs, la plupart analphabète, alors que leur compréhension est déjà difficile par les lettrés ? L'application de ces textes s'avère difficile en ce sens que les mécanismes de contrôle ne sont pas explicitement définis car tous les critères d'objectivité et de neutralité utilisés par la science moderne pour appréhender les faits semblent être réfutés par les adeptes de la médecine traditionnelle. Ceux-ci expliquent que le thérapeute appréhende les choses à partir de son monde intérieur, bref de son intuition dans un univers systémique entouré d'une grande dose de subjectivité et d'émotivité⁶⁴⁶.

⁶⁴⁵ Ce projet de loi sera suivi d'un projet de décret portant Code de déontologie des tradipraticiens, celui-ci contient beaucoup d'obligations d'ordre professionnel et disciplinaire vis-à-vis de la profession, du rapport entre le tradipraticien et son patient, entre le tradipraticien et ses collègues et entre le tradipraticien et le public ainsi que les obligations relatives à la publicité.

⁶⁴⁶ Dans un reportage diffusé par la chaîne de télévision M6 le samedi 17 septembre 2011 réalisé par Thierry Machado intitulé : *Enquêtes extraordinaires : guérisseurs, magnétiseurs, barreaux de feu : quand la médecine*

527. En outre, les dispositions en cours relatives à la médecine traditionnelle sont certes complexes mais leurs entrées en vigueur sont vivement souhaitées. En attendant l'adoption du Code de santé publique qui les consacrerait, il appartient aux autorités de prendre d'autres dispositions pour réglementer cette activité car l'urgence est là, le lot de victimes de cette activité ne cessant d'accroître. Même si, de nos jours, la médecine traditionnelle connaît un développement fulgurant et une modernisation réelle avec l'implication des chercheurs, des universitaires, des médecins et de l'OMS. Ce développement n'est cependant pas sans conséquence car favorisant la prolifération d'intrus de tout bord qui se nomment « médecins traditionnels » et qui ne sont que de simples « marchands d'illusion », motivés par l'appât de gain facile. Donc, les perspectives d'une médecine traditionnelle de qualité passent nécessairement par l'intégration de celle-ci dans le système de soins courants et la responsabilisation des acteurs concernés par cette intégration.

b) Fondement juridique de la médecine traditionnelle:

528. La médecine traditionnelle au regard du système de santé sénégalais est une médecine dont le fondement est basé sur « la tolérance ». Les tradipraticiens sont libres d'exercer leur profession tant qu'ils ne prétendent pas être enregistrés comme médecin assermenté, parce que bien qu'ils soient reconnus, les guérisseurs traditionnels ne peuvent pas prétendre à un tel titre sous peine d'être poursuivis pour exercice illégal de la médecine⁶⁴⁷.

529. C'est véritablement à partir de 1985 que la médecine traditionnelle connaîtra une réelle reconnaissance de la part de l'Etat. Ainsi, plusieurs institutions telles que OMS, PROMETRA International, CEMETRA, ISED, ENDA Tiers Monde, ENDA santé plantes médicinales, Rencontre des médecines, « Guestu », se sont investies dans le recensement et l'encadrement des tradipraticiens et de façon plus large dans la recherche sur la médecine et la

fait appel à eux, un tradipraticien malien ayant obtenu la reconnaissance de l'Etat malien pour l'exercice de son art donne la même version métaphysique du métier de tradipraticien que le médecin moderne ne saurait comprendre.

⁶⁴⁷ Article 4 de la loi n° 66-69 du 4 juillet 1966 relative à l'exercice de la médecine et à l'ordre des médecins au Sénégal.

pharmacopée traditionnelle, qui a fini par être adoptée comme moyen thérapeutique. Ainsi, devant l'engouement et le succès des travaux effectués par ces structures, le conseil interministériel du 13 octobre 1993 a décidé de la création d'un comité Ad Hoc en vue de jeter les bases de l'organisation et de la réglementation de la médecine traditionnelle. En application de cette décision, le Premier Ministre Abib Thiam a confié au Ministre de la santé publique et de l'action sociale la création dudit comité⁶⁴⁸. Le Ministre de la santé a créé à ce titre une division de la médecine traditionnelle et un comité Ad Hoc chargé de piloter le projet de réglementation de la médecine traditionnelle. Ce projet avait pour objectif de recenser les tradipraticiens et de sensibiliser les autorités administratives et sanitaires du pays. A cet effet, un forum national de la médecine traditionnelle a été organisé les 7, 8 et 9 décembre 1998 sur le thème « Forum sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles ». Ce forum avait pour objectifs de :

- définir la dimension à donner à la médecine traditionnelle ;
- élaborer un cadre juridique et réglementaire de l'exercice des pratiques traditionnelles et le statut du tradipraticien ;
- dégager les critères d'identification du tradipraticien ;
- identifier les facteurs de motivation des populations pour cultiver et préserver les ressources pour l'amélioration de la santé ;
- déterminer le cadre de collaboration entre les deux médecines et formuler la stratégie et le rôle que joueront la médecine et la pharmacopée traditionnelle au niveau des soins de santé primaires.

530. Par ailleurs, la plupart des engagements pris lors de ce forum sont restés sans suite. Mais, il a eu au moins le mérite de poser de manière concrète le débat autour de l'épineuse question de la réglementation de la médecine traditionnelle. Ce qui a abouti aujourd'hui à la rédaction du projet de loi portant Code de santé publique qui consacre pour la première fois la médecine traditionnelle. Il la définit ainsi comme « *l'ensemble de toutes les connaissances techniques de préparation et d'utilisation de substances, mesures et pratiques en usage, explicables ou non à l'état actuel de la science, qui sont basées sur les fondements socioculturels et religieux des communautés, s'appuyant par ailleurs sur les expériences vécues et les observations transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, et*

⁶⁴⁸ Lettre n° 4022/PM/SGG/EC2 du 18 octobre 1993.

qui servent à diagnostiquer, prévenir ou traiter un déséquilibre du bien-être physique, mental, social ou spirituel »⁶⁴⁹. Cette définition, s'inspirant de celle donnée par l'OMS, appréhende la médecine traditionnelle avant tout comme étant la combinaison des connaissances et pratiques explicables ou non, utilisées dans le diagnostic, la prévention ou l'élimination de maladies physiques, mentales ou sociales et qui s'appuient exclusivement sur l'expérience et les observations passées, transmises de génération en génération, verbalement ou par écrit. En effet, la médecine traditionnelle africaine, comme nous avons pu le voir précédemment, est « une science » particulière qui englobe un large éventail de pratiques à base de plantes ou de spiritualisme, exercée par une pluralité de praticiens. Sous des appellations diverses : sorcier⁶⁵⁰, divin ou divin d'hier⁶⁵¹, féticheur⁶⁵², ritualiste⁶⁵³, rebouteux⁶⁵⁴, médico-droguiste⁶⁵⁵, herboriste⁶⁵⁶, accoucheuse traditionnelle⁶⁵⁷, chirurgien traditionnel⁶⁵⁸ ou en termes moins péjoratifs qui ne prêtent pas à confusion : tradipraticien, tradithérapeute, thérapeute traditionnel ; le praticien de la médecine traditionnelle a été défini par un groupe d'experts du bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, comme étant : (...) « une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi de substances végétales, animales, minérales et d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel et religieux aussi bien sur les connaissances, comportements et croyances liés au bien-être physique, mental et social ainsi qu'à l'étiologie des maladies et

⁶⁴⁹ Projet de loi portant Code de santé publique du Sénégal, Livre 2 : *De l'exercice de la médecine traditionnelle et du statut des tradipraticiens*, article 2.

⁶⁵⁰ Le sorcier, le « jeteur de sorts » étymologiquement, qui est capable de jeter des sorts, de les détruire ainsi que ceux des autres confrères sorciers moyennant un tribut.

⁶⁵¹ Le divin pratique l'art divinatoire aux moyens de plusieurs artifices et prescrit, le plus souvent à la fin de ses consultations des sacrifices et des remèdes.

⁶⁵² Le féticheur : il intervient surtout pour protéger et faire sortir le mal transféré par le sorcier.

⁶⁵³ Le ritualiste fait principalement appel aux rites religieux ou non pour soigner.

⁶⁵⁴ Le rebouteux et quelqu'un qui soigne les fractures, les entorses et les luxations.

⁶⁵⁵ Le médico-droguiste est un tradipraticien qui connaît les usages et vendent les substances médicinales d'origine minérale ou animale.

⁶⁵⁶ L'herboriste est un guérisseur qui se fie surtout aux vertus des plantes qu'il sait trouver à des endroits précis et à des saisons précises et des produits minéraux.

⁶⁵⁷ L'accoucheuse traditionnelle, spécialisée en accouchement, elle assiste ses patientes lors des accouchements, leurs prescrit et administre des remèdes basés sur les concepts prévalant dans la collectivité où elle vit.

⁶⁵⁸ Le « chirurgien » traditionnel joue un rôle important pour la circoncision en milieu rural principalement. Egalement certaines spécialistes interviennent parfois par incision pour extirper un mal (ganglion de la maladie du sommeil).

*invalidités prévalant dans la collectivité »*⁶⁵⁹. Ainsi le guérisseur apparaît simultanément, bien qu'à des degrés variables, comme un botaniste, un pharmacien, un médecin, un psychologue ou encore comme un sociologue, qui applique l'ensemble des connaissances dans son approche des divers cas de maladie.

531. Par contre, cette pluralité de praticiens rend la médecine traditionnelle d'un abord difficile pour ne pas dire complexe, complexité qui d'ailleurs ne laisse pas indifférents les praticiens de la médecine moderne. Ceux-ci, sûrs de leur science dont la connaissance et la compétence sont attestées par un diplôme d'études supérieures, éprouvent en effet quelques difficultés à accepter la méthode d'approche et les techniques non codifiées de la médecine traditionnelle qui relèvent d'une tradition orale plutôt qu'écrite. Ce caractère non écrit de la médecine traditionnelle pose problème. C'est d'ailleurs pour cette raison que très peu de documents existent concernant les nombreux systèmes de connaissances et pratiques qui la caractérisent. Ce manque d'écrit peut aussi être lié au refus des tradipraticiens de divulguer leurs sciences qu'ils considèrent comme divines et préfèrent les entourer de mystères. Ainsi, leur science et leurs connaissances, qu'ils considèrent ne jamais devoir divulguer au premier venu, sont jalousement gardées et protégées. Ils se refusent à toute investigation scientifique, considérant le chercheur comme un envahisseur, un profanateur. Cet aspect constitue un grand frein pour le développement de la science et pour la recherche en général en Afrique.

532. Il faut aussi dire que ce manque de base scientifique vérifiable de la médecine traditionnelle rend difficile sa codification. A ce titre, le Président Abdoulaye Wade a repoussé la signature du décret qui instaurait la proposition d'un statut des tradipraticiens au Sénégal. Le Président a sûrement bloqué le processus d'élaboration de ce décret pour les raisons liées au fait qu'il n'y a pas de critères objectifs permettant non seulement d'évaluer cette médecine mais permettant également d'identifier les tradipraticiens qualifiés. Le tradipraticien est jugé sur des faits⁶⁶⁰, alors que pour devenir médecin les conditions sont objectivement connues⁶⁶¹. Aussi, il est difficile de prendre en compte une explication

⁶⁵⁹ Cf, l'Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique, série de rapports techniques AFRO sur la médecine traditionnelle africaine, Brazzaville 1976, Rapport n° 1.

⁶⁶⁰ Il n'y a donc pas de critères pour en vérifier l'exactitude.

mystique par rapport à une vérité scientifique établie. On dit, en effet, que pour s'assurer une clandestinité, le sorcier travaille toujours dans l'obscurité, la nuit est son royaume⁶⁶². Certainement le Président de la République du Sénégal a retenu, comme le Jésuite camerounais⁶⁶³, que la science ne se fait pas dans un langage hermétique, de bouche à oreille et dans un cabinet caché.

533. Pour ces raisons, certains observateurs pensent qu'il vaut mieux pour le moment se focaliser sur le développement de la médecine moderne dans les pays du Sud, car la médecine traditionnelle repose principalement sur le mythe et le secret, donc difficile à promouvoir. Contrairement, à cette vision, nous pensons qu'il est possible de promouvoir la médecine traditionnelle. Si tout développement passe par la culture comme le dit le Président Senghor, rien n'empêche de viabiliser la médecine traditionnelle qui est un patrimoine historique et socioculturel de l'Afrique et à laquelle de grands chercheurs et praticiens de l'art médical de l'occident croient et en ont fait des expérimentations qui ont abouti à des résultats concrets. A titre d'exemple, le médecin anthropologue Henri Collomb qui avait du mal à faire disparaître les symptômes d'une patiente du service psychiatrique du CHU de Fann, a fait appel à un guérisseur traditionnel qui recommanda le rituel du « Ndoep » avec sacrifice d'un bœuf et la patiente a ainsi été totalement guérie⁶⁶⁴. Et même si ces processus restent le plus souvent inexplicables et inexpliqués, des médecins réputés n'hésitent plus aujourd'hui à aborder ces sujets et à en parler en toute franchise. Le reportage de la chaîne de télévision M6, cité précédemment, en dit long car on y voit de grands médecins maliens formés à l'occident côtoyer les guérisseurs traditionnels et solliciter leur service à chaque fois qu'ils font face à une situation où la médecine moderne est impuissante. Ils en témoignent une satisfaction dans de nombreux cas. Dans ce même reportage on voit l'intérêt que suscite le travail des guérisseurs : magnétiseurs, rebouteux et autres barreaux de feu au sein du corps médical occidental. Ce reportage a révélé que beaucoup d'hôpitaux à la pointe de la technologie en Suisse, en Belgique et aux États-Unis font appel à ces guérisseurs. Ces derniers sont intégrés dans leurs services d'urgence notamment pour des grands brûlés afin d'optimiser leurs

⁶⁶¹ Cf, loi n° 66-69 du 4 juillet 1966 (art. 1, 2 et 3), JORS, 6 juin 1966 n° 3835.

⁶⁶² Boucounta Diallo, art. cit., p. 6.

⁶⁶³ Boucounta Diallo, art. cit., p. 10.

⁶⁶⁴ Cette histoire a été révélée dans le rapport final du forum sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles organisé du 7 au 9 décembre 1998 au Sénégal.

résultats. Ces spécialistes de « la médecine traditionnelle occidentale » parviennent à stopper les brûlures, à calmer les entorses ou à faire disparaître un zona. A ceux-ci, s'ajoute le développement de la médecine douce ou parallèle, qui connaît de nos jours un franc succès auprès de la population européenne.

534. Tout au plus, compte tenu de la place qu'occupe cette médecine chez les africains qui consciemment ou inconsciemment y croient presque tous et compte tenu du danger que celle-ci pourrait constituer pour leur propre santé, il vaudrait mieux la réglementer. Celle-ci à notre avis constitue le seul moyen de contrôler les pratiques de la médecine traditionnelle, de différencier les vrais des faux guérisseurs et de pouvoir appliquer un régime efficace de sanction contre toute personne qui s'adonne à cette activité en dehors du cadre prévu par les législations en vigueur. Ainsi, le tradipraticien ayant été reconnu par la loi pourra exercer son art avec plus de confiance, avec une plus grande conscience professionnelle et dans le respect des règles établies et surtout pourra accepter une collaboration plus sincère et plus élevée avec les praticiens et chercheurs de la médecine moderne.

B : Un moyen de lutte contre l'utilisation abusive des ressources naturelles.

535. La médecine traditionnelle qui utilise les essences naturelles des plantes exerce une pression sur l'environnement. Cette situation nécessite une réglementation pour protéger l'environnement qui constitue un élément important de la santé. Elle permettra également d'empêcher l'exploitation abusive des ressources du pays par les firmes pharmaceutiques étrangères ainsi que le piratage des produits de la pharmacopée africaine par les pays étrangers.

a) L'encadrement des tradipraticiens pour une bonne gestion des ressources environnementales.

536. Le caractère incontournable de l'utilisation des plantes médicinales dans les activités d'automédication des couches défavorisées a élevé la question de la conservation des ressources naturelles à la dimension d'un problème de santé publique. D'où l'importance qu'il convient d'accorder à l'identification des facteurs socioéconomiques et biophysiques qui concourent à leur raréfaction, c'est-à-dire à la dégradation des écosystèmes qui les recèlent. A cet effet, il faut souligner que la raréfaction d'espèces végétales médicinales a une double cause: les changements climatiques (progression de la sécheresse) et les abus de prélèvements par les utilisateurs (notamment des racines). Cependant, rappelons que les usages traditionnels locaux ne sont pas seuls en cause puisque certaines plantes font l'objet d'exportation massive (par exemple : *Cassia italica*). Faire face à ce problème requiert un grand travail qui interpelle les pouvoirs publics, un travail qui n'exclut pas l'appui en direction des herboristes, des tradipraticiens afin de créer un cadre idéal permettant l'utilisation et la protection des plantes médicinales et de la médecine traditionnelle. Cette protection vise surtout à rationaliser l'utilisation des ressources naturelles dans la perspective d'une politique de développement durable par respect du principe de précaution, mais aussi pour protéger certaines ressources rares en voie de disparition.

537. La question de la protection des plantes médicinales a été abordée au forum de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle par la commission III chargée de la protection de l'environnement et de la protection des plantes médicinales, qui avait pour but de sécuriser l'approvisionnement en plante médicinale et la conservation de la diversité biologique. Cette commission s'est offusquée de la dégradation accélérée de la forêt liée à de multiples facteurs qui sont principalement d'ordre humain à savoir l'exploitation effrénée, la coupe sauvage des ressources forestières et les feux de brousses. Il peut s'agir aussi d'ordre climatique à savoir la sécheresse qui touche très fréquemment les pays subsahariens. La commission a ainsi attiré l'attention des autorités sur les menaces qui pèsent sur de nombreuses plantes reconnues comme médicinales et qui risquent de disparaître si des mesures concrètes de protection ne sont pas prises. Il s'agit des plantes comme le *Fagara Xatoylorides* (Dengi Deg), le *Bridellia Micranta* (Souloukoum) etc. Ces plantes sont saccagées sur le territoire national par certains tradipraticiens et par des commerçants sans scrupules motivés par la recherche de gains. Egalement, on remarque une grande exploitation de ces ressources par des laboratoires étrangers par l'intermédiaire de nationaux et d'ONG peu scrupuleux. Ainsi, plusieurs espèces pourtant indispensables à la recherche scientifique dans le domaine pharmaceutique sont en

voie de disparition. Et, rares sont les pays, surtout africains qui prennent des mesures pour protéger ces espèces.

538. Dans ce contexte, le travail extraordinaire de la PROMETRA est salutaire. L'ONG PROMETRA International a mis en place un jardin botanique à Diakhao pour assurer la promotion et la protection de la biodiversité et de la culture des plantes médicinales. L'Enda Plantes Médicinales va également abonder dans ce sens. Il initiera à partir de l'année 2002 un programme triennal intitulé : « l'importance économique et conservation des plantes médicinales au Sénégal », en partenariat avec l'Union Mondiale pour la Nature (UICN) et le groupe de recherche pour les plantes médicinales de l'Université de Dakar⁶⁶⁵. Il préconisera également comme solution l'agriculture tournée vers la production de certaines des essences les plus utilisées. Il faut donc dire que la culture des plantes médicinales ainsi réalisée et la formation aux techniques culturales les plus recommandées ont permis à la fois d'empêcher la disparition de ces espèces et ont offert à la population rurale qui les a prise en charge les moyens de gagner des revenus assez substantiels. Ce fut l'exemple des cultures de plantes médicinales réalisées par les groupements féminins de Nganda sous la supervision des formatrices venues du village de Kaymor dans la région de Kaolack en 2003⁶⁶⁶.

539. En outre, les assauts multiples que subissent les ressources médicinales de la part de la population locale pour leurs besoins en soins et de la part des récolteurs professionnels ou occasionnels, fournisseurs des herboristes des marchés des villes comme Dakar ou des firmes pharmaceutiques sont inquiétants car entraînant leur raréfaction. Cette tendance à la raréfaction des ressources va aller en s'accroissant au vu de l'intérêt que revêt l'exploitation des plantes médicinales comme source de revenus financiers et pourvoyeuse d'emploi. Il y a donc lieu de mener des actions qui permettent la pérennisation de ces ressources. Parmi ces actions nous soulignerons particulièrement le renforcement des espèces menacées dans les sites de protection tels que les parcs nationaux et la réintroduction d'espèces disparues. Il faudra également multiplier les actions de formation et de sensibilisation de la population aux méthodes de récoltes durables. Ainsi, cette formation et

⁶⁶⁵ Enda Tiers-Monde, *Enda bâtisseur d'alternatives*, Rapport annuel 2003, p. 29.

⁶⁶⁶ Cf Enda Tiers-Monde, *Enda bâtisseur d'alternatives*, op. cit., p.28.

cette sensibilisation pousseront la population à adopter un code de conduite favorable à la pérennisation des ressources médicinales actuellement disponibles. En effet, l'appropriation par la population locale des actions à mener est la garantie de leur succès. Par exemple, l'intéressement de la population à la régénération des ressources médicinales par la culture aura d'autant plus de succès qu'elle pourra en tirer des ressources financières à court et moyen termes comme on l'a vu auparavant à propos des femmes de Nganda.

b) Le combat contre le pillage des ressources médicinales africaines par les laboratoires pharmaceutiques et le piratage des produits de la pharmacopée.

540. Les pays du tiers monde dont fait partie le Sénégal sont depuis toujours exposés au piratage, à la spoliation et au pillage de leurs sources de développement plus lucratives que « le pétrole et l'or »⁶⁶⁷. De cette situation préoccupante naît, une fois de plus, l'attitude malveillante de certains pays du Nord à faire payer les droits et à breveter les savoirs issus des pays du Sud, privant ainsi les autochtones de leurs droits et avantages. C'est pourquoi, il est nécessaire de protéger le savoir traditionnel et les ressources génésiques se trouvant être à plus de 90% dans le tiers monde. Ainsi, cette protection par la réglementation pourrait permettre un développement durable et harmonieux dans ces pays. Cette réglementation faite par le Burkina permet aux vendeurs assermentés de plantes médicinales de drainer un chiffre d'affaire annuel de plus de 10 milliards de FCFA⁶⁶⁸.

541. En dehors de la protection et de la conservation de la biodiversité, la législation doit également prendre en compte les aspects liés aux questions des droits de propriété intellectuelle. Ce qui est destiné à protéger la médecine traditionnelle et le droit de propriété intellectuelle des médicaments traditionnels. Ainsi, la population en tant que gardienne de la conservation de cette biodiversité, pourrait bénéficier des retombées des fruits du droit de propriété intellectuelle, par l'accès à des soins à moindre coût et la disponibilité des ressources naturelles renouvelables. Egalement, la brevetabilité des connaissances de la

⁶⁶⁷ Cf SU/SSG Programme des NU pour le développement (PNUD), pour une introduction judicieuse de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé nationaux du tiers monde, édition METRAF, novembre 2005.

⁶⁶⁸ Salifou Dembélé, art. cit., p. 77.

médecine traditionnelle et l'encadrement juridique de l'exploitation et de l'exportation des plantes médicinales sont nécessaires, ce qui permettrait aux laboratoires des grands groupes pharmaceutiques occidentaux d'exploiter les ressources et le « savoir faire » des pays en développement de manière légale.

542. Cet aspect a bien été compris par la PROMETRA qui a pris le devant en brevetant toute découverte effectuée par son centre de recherche⁶⁶⁹. Ainsi, face à ce vide juridique et aux menaces de piratage de leur découverte, la PROMETRA va déposer une quinzaine de brevets, dans des domaines tels que le traitement du diabète, les dermatoses, les hémorroïdes et le VIH/Sida. Dans ce dernier domaine le Centre Expérimental de la Médecine Traditionnelle (CEMETRA) traite chaque année une vingtaine de malades avec le Metrafaids, un médicament composé uniquement de plantes⁶⁷⁰. L'efficacité du traitement du VIH par ce médicament a été prouvée par des chercheurs. Ainsi, des laboratoires de référence (Institut Pasteur Dakar et LabCorp/Etats-Unis) ont analysé les prélèvements sanguins, notamment pour la numération des CD4 (globules blancs du système immunitaire) et de la charge virale. Ils ont enregistré des résultats intéressants, en particulier dans l'évolution des signes cliniques, avec des taux élevés d'amélioration chez le malade. Il faut dire que cette brevetabilité des découvertes de la PROMETRA est possible parce que les résultats de son centre de recherche sont quantifiables car la démarche est étroitement bordée et surveillée par un comité scientifique et juridique international⁶⁷¹. Ce centre de recherche, symbole d'une collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne comprend toute une série d'équipements classiques : un bureau médical moderne dirigé par un médecin, un laboratoire d'analyses biologiques, une unité de radiographie, 5 unités d'hospitalisation d'une capacité de 20 lits chacune et une pharmacie de plantes médicinales⁶⁷².

⁶⁶⁹ L'ONG Promotion des médecines traditionnelles (PROMETRA) implantée à Dakar mais dont le centre de recherche se trouve à Fatick, appelé Centre expérimental des médecines traditionnelles (CEMETRA) est créée en 1976 par le docteur Éric Gbodossou. Ce dernier il faut le rappeler est gynéco-obstétricien et psychiatre, diplômé de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Dakar. Ayant travaillé avec les guérisseurs traditionnels du groupe ethnique Sérère, il s'était ému que leurs connaissances risquaient de disparaître pour toujours si rien n'est fait.

⁶⁷⁰ Médicament sous brevet international : WO 02 06 2364, 15 août 2002.

⁶⁷¹ Éric Gbodossou, « Médecines traditionnelles : le réveil des sorciers », <http://www.agoravox.fr/actualite/sante/article/medecines-traditionnelles-le-36005>, article consulté le 16 octobre 2011, p. 1.

⁶⁷² Docteur Éric Gbodossou, art. cit., p.1.

543. En outre, l'une des différences les plus frappantes entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne est la protection juridique des connaissances. Depuis toujours, les tradipraticiens ont librement partagé leurs connaissances et leurs expériences, définissant ainsi la notion de « libre accès » bien avant l'heure. La médecine moderne, d'autre part, a des lois strictes qui régissent la propriété intellectuelle sur les médicaments et les techniques médicales. Ainsi, cette lacune de la médecine traditionnelle et la prise de conscience des chercheurs occidentaux se rendant compte de la richesse des connaissances des systèmes de médecines traditionnelles et des besoins nouveaux en médicaments poussent plusieurs scientifiques à étudier les sources locales à la recherche de nouveaux médicaments : une activité appelée « bioprospection » qui n'est en réalité qu'une forme de piratage intellectuelle où l'indemnisation des populations locales est dérisoire. A cet effet, nous constatons que beaucoup de chercheurs s'approprient des connaissances qui ne sont en réalité pas les leurs et demandent une protection par brevet sur des compositions médicinales utilisées depuis des siècles par les autochtones pour le traitement des maladies. Ce fut par exemple le cas du brevet délivré en 1995 pour un antifongique dérivé du « neem » utilisé dans les médicaments traditionnels indiens par l'Office Européen des Brevets (OEB) au Ministère de l'agriculture des Etats-Unis (USDA) et à la multinationale WR Grace and Company. Le gouvernement indien a convaincu l'OEB d'annuler ce brevet au motif que le produit avait déjà été utilisé, mais il a fallu attendre cinq ans et dépenser des millions de dollars pour d'obtenir cette annulation.

544. Ce pillage des ressources locales librement accessibles, appelé « biopiraterie », constitue un exemple édifiant des défis sur lesquels buttent les efforts d'intégration de la médecine traditionnelle dans la médecine moderne. Certaines régions ont par contre essayé de résoudre le problème en adoptant des lois de protection des connaissances locales, ce fut l'exemple de la région de Cusco au Pérou interdisant l'exploitation des espèces indigènes à des fins lucratives, y compris le brevetage de gènes ou d'autres ressources contenues dans les plantes. Cependant ces efforts restent vains face à une médecine dite scientifique et surtout face à l'industrie pharmaceutique occidentale que Moncef Marzouki qualifie « *de spéculative, anti-sociale et anti-écologique* »⁶⁷³.

⁶⁷³ Moncef Marzouki, art. cit., p. 284.

Paragraphe 2 : La réglementation de la médecine traditionnelle : une alternative à l'offre de soins.

545. Aujourd'hui l'Afrique est arrivée à un tournant de son histoire où il lui faudrait jeter un regard nouveau sur les problèmes prioritaires en matière de santé et sur de nouvelles voies pour appréhender leurs solutions. En effet, avec la médecine moderne on n'arrive pas à résoudre les problèmes de santé publique, liés essentiellement à deux facteurs, à savoir l'incapacité des Etats à assurer une couverture maladie universelle à la population et les habitudes de celle-ci à saisir d'abord le guérisseur avant d'envisager un recours à la médecine moderne. Ces facteurs ont de graves conséquences sur la santé de la population. Il est donc nécessaire, pour faire face aux problèmes de santé publique de légaliser la médecine traditionnelle et de l'intégrer totalement dans le système sanitaire national. Ainsi, les deux médecines en étroite collaboration pourront considérablement améliorer l'offre de soins en particulier et la santé de la population en général.

546. En effet, conscients de la nécessité d'une recherche d'alternative dans la résolution des problèmes sanitaires qui minent le continent africain, beaucoup de médecins, chercheurs, d'ONG et d'organisations internationales pensent que l'un des meilleurs moyens d'arriver à cet objectif est de promouvoir la médecine traditionnelle⁶⁷⁴. C'est pourquoi un plaidoyer se met partout en place en faveur de la reconnaissance de la médecine traditionnelle par la règle de droit. On peut citer le travail remarquable d'Éric Gbodossou instigateur de l'ONG PROMETRA et du docteur français Yvette Parès fondatrice de l'hôpital traditionnel de Keur Massar.

Le docteur Eric Gbodossou et son ONG vont réussir à identifier dans le cadre du projet « Médecine traditionnelle dans la région de Fatick » tous les guérisseurs sérères des 264 villages que compte le département et à les inciter à s'organiser en une association pyramidale

⁶⁷⁴ Le docteur Ivette Parès, le docteur Éric Gbodossou, le professeur Iba Der Thiam, le professeur de pharmacie Balla Moussa Daffé, l'enseignant, chercheur en droit Salifou Dembélé, l'ONG PROMETRA internationale etc.

dénommée « MALANGO ». Ce travail a été réalisé pendant la période allant de 1971 à 1985. Ce projet a permis de créer le centre expérimental de la médecine traditionnelle (CEMETRA) dans la région de Fatick pour offrir des prestations de soins aux malades sur la base de la compétence des guérisseurs et d'effectuer des recherches sur les plantes médicinales. En 1987, encouragé par la déclaration du Président de la République, la PROMETTRA en collaboration avec les universités américaines, a réalisé une étude CAP (connaissance, aptitude et pratique) concernant les guérisseurs de MALANGO, le personnel paramédical et médical et la population de la région de Sine. Cette étude a permis de se rendre compte de l'importante notoriété dont ces guérisseurs jouissaient auprès des ménages. Ainsi, l'institut santé et développement (ISED) qui a été créé en 1987 va parrainer scientifiquement le projet de médecine traditionnelle de PROMETTRA et y participer en tant que membre du comité scientifique, du comité d'éthique et du conseil d'administration.

Quant à Yvette Parès, directrice à l'époque du Centre de recherches biologiques sur la lèpre à Dakar, elle va en 1985 fonder l'hôpital traditionnel de Keur Massar. Ainsi, ce centre qui s'occupait initialement du traitement des lépreux va connaître un grand essor en matière de traitement traditionnel. Il accueille désormais des patients atteints de tuberculose, de dermatose, d'hépatite, de diabète, d'asthme, de sinusite, rhumatisme ou des patients confrontés au VIH/Sida. En outre, le docteur Parés, après avoir suivi pendant 15 ans une formation avec un maître guérisseur⁶⁷⁵ pour devenir tradithérapeute soutient que les traitements issus de la science africaine sont efficaces et peuvent être plus pertinents que la trithérapie. Elle milite pour la reconnaissance de la médecine traditionnelle trop souvent étouffée⁶⁷⁶.

547. Il faut reconnaître que la médecine traditionnelle n'a pas que des inconvénients, elle a aussi d'énormes atouts, ne serait ce que le lien qu'elle établit entre la maladie et l'univers du malade qu'on ne trouve pas forcément dans la médecine moderne. En effet, la médecine traditionnelle à défaut de guérir permet au malade de faire face à sa pathologie avec beaucoup « de philosophie ». A cet effet, la médecine traditionnelle qui utilise une approche

⁶⁷⁵ Il s'agit Monsieur Dadi Diallo. Elle va avec ce dernier créer en 1980 le Centre de soins pour les lépreux devenu en 1985 l'hôpital traditionnel de Keur Massar.

⁶⁷⁶ Éric Gbodossou, art. cit., p. 4.

holistique de diagnostic et de traitement, envisage la personne dans sa globalité, dans son contexte écologique et ne se penche pas seulement sur la partie malade du corps. Outre le traitement proprement dit, les guérisseurs traditionnels donnent souvent des conseils sur les modes de vie et les comportements sains. La médecine traditionnelle se fonde ainsi sur les besoins des individus. Différentes personnes peuvent recevoir différents traitements, même si elles souffrent d'une même maladie⁶⁷⁷.

548. Dans un pays comme le Sénégal où cohabitent plusieurs ethnies, plusieurs formes de culte religieux, on trouve plusieurs systèmes de « médecines traditionnelles ». Ces différences de genre, de statut et d'origine doivent être prise en compte pour appréhender la logique sociale des individus dans leur quête d'une médecine pouvant satisfaire leurs demandes de soins sans occulter les aspects de sécurité et d'accessibilité équitable. Toutes ces médecines doivent cohabiter et être complémentaires. Si dans la construction intellectuelle on peut parler de la médecine traditionnelle et de la médecine conventionnelle, toutes les deux ne sont en réalité pour le malade que des alternatives de soins et de thérapies. Ce sont donc des possibilités ou des moyens permettant à la population d'accéder au niveau de santé le plus élevé. C'est pour cette raison que nous plaçons solennellement pour la réglementation de la médecine traditionnelle et son intégration totale dans le système de santé. Cependant, celle-ci ne doit pas s'affirmer par le rejet de la médecine moderne et cette dernière ne doit pas non plus se focaliser sur la stigmatisation de la première. Les deux médecines doivent plutôt être complémentaires dans le sens de la nécessité de fournir à tous des soins de santé accessibles et sans danger.

⁶⁷⁷ Les guérisseurs traditionnels considèrent que chaque individu a sa propre constitution et son propre contexte social qui induisent des réactions différentes aux « causes de la maladie » et au traitement.

Section 2: La collaboration médecine moderne et médecine traditionnelle.

549. La situation médicale au Sénégal est marquée par un quasi monopole de la médecine conventionnelle. Elle cohabite avec une médecine traditionnelle « tolérée », mais dépourvue d'un cadre légal et exploitant parfois la naïveté de la population. Mais les choses commencent à changer depuis un moment et dans le projet du Code de santé au Sénégal on trouve que cette médecine traditionnelle, occupe une part importante dans le dispositif sanitaire national. Il se pose tout de même un problème qui tient à l'exercice et à la qualité des soins dispensés par la médecine traditionnelle. C'est en ce sens que la collaboration entre ces deux médecines s'avère inéluctable. Celle-ci constitue en effet le meilleur moyen pour parer aux risques de la médecine traditionnelle (paragraphe 1), mais également un gage de l'amélioration de la couverture sanitaire nationale (paragraphe 2).

Paragraphe 1: Un meilleur moyen pour parer aux risques de la médecine traditionnelle.

550. Au Sénégal, la base légale des soins de qualité, c'est en substance la loi de 1998 portant réforme hospitalière qui dispose en son article 1 que « *la qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif essentiel pour tout établissement hospitalier*, et en son article 17 qu'*afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que leur efficience, tous les établissements publics de santé hospitaliers mettent en œuvre une politique d'évaluation de leur activité* ». Par ailleurs, l'article 11 dispose que « *les établissements publics de santé hospitaliers peuvent conclure avec les établissements privés hospitaliers autres que ceux participant au service public, des accords pour un ou plusieurs objectifs leur permettant d'améliorer la qualité des prestations de soins de santé* ». C'est dans cette perspective que l'hôpital de Keur Massar, initialement modeste centre anti-lépreux, s'est orienté en créant une synergie par une collaboration judicieuse qui associe à la chimiothérapie, une approche thérapeutique traditionnelle de la lèpre assurée par M. Dadi Diallo.

551. Il faut dire que la collaboration entre les médecines moderne et traditionnelle est plus que nécessaire de nos jours parce que la population, en adhérant au concept de la médecine moderne, conserve toujours son attachement à la médecine traditionnelle. Ainsi, la fréquentation simultanée des deux médecines par la population demeure toujours courante en Afrique. A ce sujet, Didier Fassin nous rapporte l'exemple d'une femme dont l'enfant était atteint de la rougeole, compliquée par une Diarrhée et un prolapsus rectal grave. Elle l'a d'abord conduit au centre de protection maternelle et infantile (PMI) de Médina à Dakar. En discutant avec d'autres mères dans la salle de consultation, elle a appris la présence au Cap manuel (toujours à Dakar) d'une guérisseuse diola très réputée pour les maladies infantiles. Elle s'est donc rendue le lendemain chez la vieille femme, qui lui a donné un traitement à base de racine pendant trois semaines. Ainsi, l'enfant était conduit alternativement au centre de PMI et chez la guérisseuse, ce qui n'a fait que compliquer sa pathologie car aucun des deux praticiens suivant l'enfant n'était au courant de ce double traitement⁶⁷⁸. L'OMS a

⁶⁷⁸ Didier Fassin, *Pouvoir et maladie en Afrique, Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, PUF 1992, p. 116.

également fait état des exemples de ce double recours à la médecine traditionnelle et conventionnelle. Elle a cité à cet effet des cas où celui-ci peut être source de complications graves chez les patients. Ce fut l'exemple de « Ginkgo biloba », un médicament à base de plantes communément utilisé dans le monde, qui a pour principale indication de prévenir les maladies vasculaires et d'améliorer la circulation sanguine mais qui n'est pas sans conséquence sur la santé à cause de ses effets secondaires. Ainsi, les patients lorsqu'ils saisissent les médecins en cas de complications liées à ce médicament ne les informent souvent pas qu'ils y ont déjà fait recours. A cet effet, le centre de surveillance de l'OMS à Uppsala a signalé quelques cas d'hémorragies au cours d'opérations chirurgicales, qui auraient pu être évitées si les patients avaient signalé aux médecins qu'ils utilisaient ce produit⁶⁷⁹. C'est pourquoi une collaboration sur la base d'une bonne communication entre les praticiens de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle mais aussi entre les patients et leurs praticiens en vue d'éviter les dangers liés aux recours simultanés de ces deux médecines est nécessaire. Il est certes vrai qu'aucune des deux médecines ne s'explique l'une dans l'autre. Cependant, la complémentarité entre les deux logiques médicinales bien que différentes mais poursuivant le même but, peut profiter à la science mais aussi à la population qui peut y trouver le gage de leur couverture sanitaire sans courir de grands risques.

552. Par ailleurs, rappelons que dans la pratique, on observe au Sénégal un grand rapprochement entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle, l'une s'adressant à l'autre dans les cas où elle atteint ses limites⁶⁸⁰. L'exemple de collaboration le plus édifiant, reste celle existant au sein du CEMETRA. Dans ce centre, on note la présence d'un médecin conventionnel chargé d'effectuer un premier diagnostic lorsqu'un patient se présente. Ce médecin soumet au patient un interrogatoire qui passe en revue l'histoire de la maladie, ses antécédents, ses collatéraux, avant de passer à l'examen clinique. A l'issue de ce diagnostic, il oriente le malade vers le guérisseur⁶⁸¹. En effet, le tradipraticien ignorant

⁶⁷⁹ Cf : principes directeurs de l'OMS visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments alternatifs et de la médecine traditionnelle ; www.who.int/médiacentre/news/releases/2004/pr44/fr/index.html.

⁶⁸⁰ Il s'agit par exemple de l'histoire citée plus haut du médecin anthropologue Henri Collomb qui avait du mal à faire disparaître les symptômes d'une patiente du service psychiatrique de Fann et ayant fait appel à un guérisseur traditionnel qui recommanda le rituel du « Ndoep » avec sacrifice d'un bœuf, les symptômes ont disparu et la patiente fut totalement guérie.

⁶⁸¹ Le médecin conventionnel ne prescrit pas un médicament, mais fait un diagnostic avant, pendant et après le traitement.

absolument le diagnostic apposé par le médecin, fait lui aussi ses propres investigations avant de prescrire au patient un traitement. Suite à ce traitement, le malade est réorienté vers le médecin qui, cette fois-ci, le soumet à différents contrôles cliniques et para-cliniques pour apprécier s'il y a aggravation, stagnation ou guérison. En effet, on note dans ce centre une étroite relation entre les deux médecines, posant graduellement les jalons d'une collaboration entre deux systèmes de logique différente. Egalement, l'ONG PROMETRA internationale, en plus des initiatives prises par l'intermédiaire du CEMETRA et en prélude au lancement des recherches sur le VIH, le paludisme, le diabète et les dermatoses, a eu à regrouper autour d'elle plusieurs structures telles que le Centre National de Transfusion Sanguine, le Centre de Diabète Marc Sankalé ainsi que la Direction de la Santé de la Faculté de Médecine. Une telle démarche pour la collaboration entre les deux médecines plaide en faveur de la santé et du bien-être de la population.

553. Il faut noter que la collaboration entre les médecines moderne et traditionnelle se perçoit également du point de vue de la législation. A cet effet, l'article 13 du projet de loi sur l'exercice de la médecine traditionnelle dispose que « *le tradipraticien de santé doit favoriser la collaboration avec la médecine moderne* ». On remarque nettement l'intérêt que suscite cette collaboration auprès des autorités étatiques. Mieux, une journée africaine de la médecine traditionnelle a été célébrée à l'Assemblée Nationale le 31 août 2006 dont le thème était : « identifier la collaboration entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle ». Cette journée a été l'occasion pour l'Etat du Sénégal ainsi que certains acteurs non étatiques de réaffirmer leur souhait d'une grande collaboration entre les deux médecines. A cet effet, M. Mamadou Ba, représentant les groupements et les ONG de tradipraticiens, a eu à souligner que « *développer la collaboration avec la médecine conventionnelle serait un atout non négligeable pour la lutte contre certains fléaux comme le VIH/Sida et la tuberculose* ». Il faut rappeler que sur le plan international beaucoup de déclarations ont été faites en faveur de cette collaboration. Il en est ainsi, notamment de la déclaration de Nairobi du 21 septembre 2003 qui réaffirme cette nécessité de collaboration basée sur la confiance et le respect mutuel, d'où la nécessité d'impliquer les guérisseurs dans la prévention et la recherche de solution thérapeutiques aux MST/VIH.

554. En effet, ce plaidoyer en faveur d'une collaboration entre ces deux médecines (traditionnelle et conventionnelle) est important car ce n'est en réalité qu'à partir de cette synergie d'action que la population pourra tirer profit de ces deux types de médecine, d'où l'intérêt d'intégrer de façon intelligente et cohérente la médecine traditionnelle dans les systèmes africains de soins. Il est donc urgent pour les pays en développement qui peinent toujours à atteindre une autosuffisance sanitaire d'appréhender correctement les contours de cette collaboration par une juste définition des fondements et bases d'une collaboration efficiente⁶⁸².

555. En outre, en médecine traditionnelle subsistent toujours des pratiques dangereuses. En effet, certains actes des praticiens traditionnels méritent d'être dénoncés et leur pratique expressément interdite notamment l'excision, l'infibulation, le repassage des seins, pratiques toujours en vigueur dans certains pays africains. Il s'agit également de certaines pratiques sur les plans de l'hygiène et de l'alimentation très nuisibles pour le patient : chez les guérisseurs Dogons par exemple, l'enfant atteint de rougeole ne doit pas prendre de bain ou consommer de la viande⁶⁸³. Ces comportements, il faut le dire, risquent d'affaiblir le malade, en l'exposant à d'autres affections. C'est là que le besoin de réglementation de la médecine traditionnelle se fait sentir car au-delà de l'encadrement juridique de celle-ci, la réglementation permettra évidemment de soutenir l'introduction de l'hygiène en thérapeutique traditionnelle. Il faut donc dire que cette médecine bien encadrée pourrait être une solution à l'accès aux soins dans des pays en développement⁶⁸⁴.

⁶⁸² Le Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal va ainsi mettre en place quatre centres d'expérimentations (Dakar, Kaolack, Kolda et Louga). Ces centres ont pour objectif d'expérimenter un concept dit de « référence croisée » qui consiste en un système mutuellement acceptable de référence recours entre le tradipraticien et le technicien biomédical. Ce qui permet de prendre en charge les grands problèmes de la santé de la communauté.

⁶⁸³ Salifou Dembélé, art. cit., p. 81.

⁶⁸⁴ La médecine traditionnelle chinoise en est la parfaite illustration. Autrefois basée sur la magie, la colère des ancêtres et des démons, elle s'est développée progressivement en s'écartant de ces considérations et en incluant par la collaboration des données de la médecine conventionnelle. Cette période coïncide à la fin des années quatre-vingt avec l'instauration de la « politique des trois chemins ». Cette politique donna à la médecine traditionnelle chinoise ses lettres de noblesse en permettant le développement parallèle de celle-ci avec la possibilité de les combiner à la médecine occidentale donnant naissance à trois systèmes médicaux propres. Ce système a fini par intégrer des diplômes d'Etat chinois dans le cursus universitaire de la médecine traditionnelle : le Xueshi obtenu après 5 à 6 années d'étude après le baccalauréat ou équivalent et constituant le premier degré de la plus part des médecins chinois. Après ce diplôme, les étudiants peuvent se spécialiser à l'issue de 3 années supplémentaires avec travaux de recherche et la rédaction d'un mémoire sanctionné par l'obtention du Shuoshi. Enfin, pour obtenir le boshi il faut encore 3 autres années supplémentaires avec recherche de haut niveau conclue par la rédaction d'une thèse.

Paragraphe 2 : Un gage de l'amélioration de la couverture sanitaire nationale.

556. Il faut noter que pendant la période précoloniale, les tradipraticiens étaient les seuls garants de la santé des populations. Ils exerçaient en toute légitimité leur médecine dans une société marquée par l'animisme avec le culte des ancêtres et des esprits, dans une société où la maladie était conçue comme la conséquence d'une faute volontaire ou non du patient vis-à-vis d'un ancêtre, d'un totem, d'une coutume... Le malade percevait donc celui qui était capable de le soigner comme « un dieu ». Et, à cet effet, les mérites du tradipraticien étaient hautement reconnus et il était toujours sollicité au chevet du malade. Le lieu de pratique de son activité était sans nul doute la demeure du malade où tout patient pouvait trouver sa place quel que soit son niveau de revenu. Le tradipraticien n'exerçait pas son art pour s'enrichir mais plutôt pour assurer une mission qui lui avait été confiée par les divins, par les ancêtres. C'est pourquoi il ne demandait comme rétribution, tout simplement, une bête en sacrifice (offrandes), du riz, du sel, du mil, de l'alcool, des tissus, afin d'apaiser la colère des « dieux ».

557. Partant de ce constat, on remarque nettement que la médecine traditionnelle, dans sa conception originale, n'est pas dépourvue d'une certaine éthique. En effet, chez les vrais guérisseurs traditionnels, il a toujours existé une certaine morale qui n'est sûrement pas écrite mais qui s'inscrit comme une éthique communautaire. C'est cette morale qui, guidant le tradipraticien dans l'exercice de son art, faisait que ce dernier accomplissait sa mission d'aide et d'assistance toutes les fois qu'une personne en avait besoin, parfois sans contrepartie ou bien, tout au plus, en contrepartie d'une petite rétribution qui, en fait, ne représentait qu'un acte symbolique de compensation comme il en a été fait état plus haut. Malheureusement, très peu de renseignements sur le patrimoine culturel ancestral ont su être pérennisés du fait que les pratiques n'étaient pas enseignées par écrit. Il y a également un autre obstacle lié à ce que la transmission des connaissances se faisait par voie initiatique au sein d'une même famille, ou tout au plus d'un même clan.

558. La venue en Afrique subsaharienne d'une médecine conventionnelle avec l'avènement de la colonisation aurait dû permettre, à travers une grande collaboration avec des guérisseurs locaux, de moderniser la médecine africaine qui est partie inhérente des habitudes des indigènes. Ce qui aurait permis également une couverture sanitaire de la population. Malheureusement, on va assister à une grande réticence de la plupart des représentants de l'administration coloniale à l'égard de cette médecine, la considérant comme dangereuse et servant à empoisonner les malades. Ainsi, toutes ces entraves coloniales continueront à étouffer la médecine et la pharmacopée traditionnelle même bien après l'indépendance et ce, malgré les estimations de l'OMS selon lesquelles 80% de la population africaine ferait recours à cette médecine et 25% des médicaments modernes sont à base de plantes traditionnelles⁶⁸⁵. Tout au plus, selon les résultats d'une enquête menée conjointement par l'association PROMETRA, l'Université Tulane de New Orléans et de l'Ecole de la Médecine de More House à Atlanta, 87% des patients ayant eu recours à la médecine et pharmacopée traditionnelle sont satisfaits (guérison ou amélioration)⁶⁸⁶.

559. En effet, dans la course incessante à la modernisation bien des méthodes traditionnelles ont été réprouvées et longtemps rejetées par les praticiens de la médecine moderne parce que considérées comme désuètes ou inadaptées aux besoins du moment. Le problème souvent posé en termes implicites par ces praticiens est le secret ou mystère dont s'entoure le praticien traditionnel dans l'exercice de son art. Ce qui suscite un certain scepticisme chez les praticiens de la médecine dite conventionnelle. Pourtant, beaucoup de ces méthodes traditionnelles se sont avérées efficaces. C'est pourquoi on remarque aujourd'hui une grande implication des médecins, des chercheurs, des universitaires et des ONG dans le domaine de la médecine traditionnelle. Cette collaboration se traduit dans les activités de PROMETRA qui travaille sans relâche pour l'encadrement des guérisseurs traditionnels mais aussi pour la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle. Elle assure non seulement la sécurité sanitaire mais aussi la couverture sanitaire nationale. Déjà depuis 1948, les débats à l'assemblée mondiale de la santé, dans les comités régionaux de l'OMS et dans les réunions techniques reflètent cette préoccupation à savoir comment assurer à chacun et à chaque communauté l'accès aux soins de santé, débats marqués par une

⁶⁸⁵ Salifou Dembélé, art. cit., p. 77.

⁶⁸⁶ Cf, Mendy Justin, « Résurgence de la médecine traditionnelle : une collaboration indispensable », 1^{er} congrès international sur la médecine traditionnelle et le VIH/SIDA, Dakar, 12 et 13 mars 1999.

prise de conscience de l'urgence du problème, aboutissant à de nombreuses résolutions au plan mondial, régional et national en vue d'assurer une couverture totale des soins laquelle est dévolue à la médecine allopathique dite moderne. Or la médecine moderne ou conventionnelle à elle seule n'arrive pas à couvrir 25% des besoins sanitaires des populations africaines. Tout de même, personne n'ignore qu'un peu partout dans le monde, il existe une autre forme de couverture de soins, acceptable du point de vue culturel par la population locale et qui répond de façon plus ou moins satisfaisante aux problèmes de santé, en l'occurrence la médecine traditionnelle⁶⁸⁷. Il est avéré, comme nous le confirme l'OMS, que le recours à la médecine traditionnelle dans les pays en voie de développement est universel et est estimé à près de 80%. Donc, une bonne collaboration entre les acteurs de la médecine moderne, les autorités publiques ainsi que les tradipraticiens est nécessaire pour assurer la couverture sanitaire des populations dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes.

560. En outre, cette collaboration s'avère plus que nécessaire car la médecine classique, malgré ses nombreux succès et ses performances prodigieuses, reste encore impuissante devant certaines maladies comme l'a constaté le député Balla Moussa Daffé⁶⁸⁸ lors de la journée africaine de la médecine traditionnelle célébrée à l'Assemblée Nationale le 31 août 2006. Il s'agit, selon lui, de ces maladies dites « nouvelles » (Sida, Ebola...) et auxquelles la médecine moderne avoue toute son impuissance. Cette médecine inapte à elle seule à résoudre ces maladies n'aurait-elle pas la chance d'arriver à ses fins si elle faisait appel à l'expertise médicale traditionnelle ? De toute évidence, la collaboration avec la médecine traditionnelle permettrait à la médecine moderne d'avoir des solutions aux problèmes qu'elle n'arrive pas à résoudre. En intégrant ainsi dans son arsenal thérapeutique des techniques de la médecine traditionnelle elle pourrait arriver à bout de son impuissance face à certaines pathologies. Dans ce cas nous pourrions citer des techniques traditionnelles comme l'acupuncture dont la capacité dans la prise en charge de la douleur et des vomissements n'est plus à démontrer même si la base théorique n'est pas admise dans la médecine conventionnelle. Nous pourrions citer aussi le Metrafaids, un médicament composé uniquement de plantes et reconnu comme étant efficace pour le traitement du VIH.

⁶⁸⁷ Cf, l'OMS, mai 1986 : « médecine traditionnelle et couverture des soins de santé », Programme Santé pour tous d'ici l'an 2000.

⁶⁸⁸ Professeur de pharmacie à l'Université de Dakar et ancien Ministre de la recherche scientifique et de la technologie.

561. On ne saurait conclure ce chapitre sans rappeler aux Etats africains que seule la réglementation de la médecine traditionnelle leur permettrait de lutter efficacement contre le charlatanisme, contre le pillage des plantes pharmaceutiques, contre les vols du savoir faire médicinal africain et aussi d'assurer une couverture sanitaire accessible à l'ensemble de leur population. Ainsi, la réglementation de cette pratique permettra également au tradipraticien d'exercer son art avec plus de confiance, avec une plus grande conscience professionnelle et dans le respect des règles établies. Elle pourrait aussi favoriser, grâce à une collaboration d'envergure, l'accès aux soins des populations avec la plus grande sécurité sanitaire et à moindre coût.

562. Par ailleurs, il faut aussi reconnaître que légiférer la médecine traditionnelle n'est pas une tâche aisée. La grande difficulté réside dans le fait que la médecine traditionnelle est « une science » particulière qui englobe un large éventail de pratiques à base de plantes ou de spiritualisme, exercée par une pluralité de praticiens. Cette médecine relève d'une tradition orale plutôt qu'écrite. Ce caractère non écrit de la médecine traditionnelle pose problème. C'est d'ailleurs pour cette raison que très peu de documents existent concernant les nombreux systèmes de connaissances et pratiques qui la caractérisent. Egalement, les tradipraticiens refusent de divulguer leurs connaissances qui sont jalousement gardées et protégées. Le professeur de médecine Lamine Sow se désole de cette attitude en déclarant : *« s'il est vrai que le traitement traditionnel mérite d'être considéré, il appartient en revanche aux guérisseurs de se rapprocher des structures médicales modernes pour une action commune et concertée »*⁶⁸⁹. Une préoccupation qui devient de plus en plus réelle car de nos jours nombreux sont les guérisseurs qui demandent des autorisations officielles d'exercer leur art à titre privé, individuellement, en association ou en collaboration avec des formations sanitaires publiques ou privées. Egalement, de nombreux guérisseurs ont eu des reconnaissances de la part des autorités et sont consultés en cas de besoin : exemple des guérisseurs de Malango dans la région de Fatick.

563. En définitive, le rapport entre droit et médecine traditionnelle ne doit pas être considéré comme antinomique. Le droit n'est que le reflet de l'évolution d'une société.

⁶⁸⁹ Entretien accordé en 2006 à Samba Thiam et évoqué dans son article santé et discrimination : exemple du Sénégal, art. cit., p. 25.

Puisque chaque société évolue à sa manière, les sociétés africaines ne doivent donc plus être exclues de ce processus. La réglementation de la médecine traditionnelle s'inscrit dans cet objectif. Même si la cohabitation entre règle juridique et médecine traditionnelle semble polémique car souvent confondue avec le charlatanisme, il n'en demeure pas moins, qu'elle s'avère nécessaire dans la mesure où cette réglementation permettrait de lever le voile entre la vraie médecine traditionnelle et le charlatanisme souvent prêtée à la médecine traditionnelle. Au-delà de cette réglementation beaucoup d'Etats africains doivent revoir leur système de santé et l'élargir car en réalité en lieu et place d'un réel système de santé ces Etats n'ont qu'un simple système de soins c'est-à-dire qui ne se résume qu'à l'offre de soins, alors que pour assurer à sa population une bonne santé il faut d'abord lui assurer l'accès à l'eau potable, au logement salubre, à l'éducation, aux emplois etc. Ces questions ne sont pas encore réglées par les Etats africains c'est pourquoi ils rencontrent d'énormes difficultés à faire face à la santé de leur population.

Chapitre 2 : L'élargissement des efforts de santé vers d'autres secteurs indispensables pour l'atteinte des objectifs de santé.

564. La grande difficulté des pays africains à faire face à l'offre de soins est liée au fait que les problèmes de la santé ne sont pris en compte qu'en aval et jamais en amont martèle Daouda Faye⁶⁹⁰. On remarque ainsi, une surdétermination des systèmes africains de santé par l'offre de soins. En effet, les établissements publics de santé ne consacrent leurs efforts qu'aux prestations de soins tout en négligent en grande partie le volet prévention⁶⁹¹. Pourtant, la meilleure solution pour faire face à la prise en charge sanitaire de la population est d'abord d'effectuer un travail en amont à savoir combattre les fléaux qui sont à l'origine de la dégradation de la santé de la population. Il s'agit de la lutte contre la pauvreté par le développement de secteurs générateurs de richesse (l'agriculture, la pêche, la promotion communautaire de PME/PMI etc.), de l'accès à l'eau potable, de l'accès au logement propre et décent. On ne peut assurer une bonne santé de sa population, sans résoudre ces problèmes, conditions « sine qua non » du bien-être. Ainsi, le Sénégal, comme tout pays sous développé, a intérêt à mettre l'accent sur la prévention car il ne disposera pas des moyens d'assurer une offre de soins à une population qui devient de plus en plus malade à cause de la pauvreté et de ses établissements de soins encore plus malades que la population parce que ne disposant pas de plateaux techniques à la hauteur des attentes. Pour se faire, la résolution de l'offre de soins passera d'abord par le combat contre les fléaux à l'origine de la dégradation de la santé de la population (section 1), avant d'envisager un combat abouti pour le développement de l'éducation à la santé (section 2).

⁶⁹⁰ Entretien du 11 janvier 2011 au ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal.

⁶⁹¹ Les établissements publics de santé ont tellement négligé le volet prévention qu'on ne peut que les qualifier d'établissements de soins, tout ce qui les intéresse c'est d'assurer les soins, se désole le professeur de médecine Daouda Faye. Il faut donc dire que l'Hôpital sénégalais n'est pas un lieu d'éducation à la santé. Cet aspect relève même de la politique de l'Etat qui cherche coûte que coûte à assurer une offre de soins de qualité par le relèvement des plateaux techniques des établissements de santé et par la formation des praticiens, à assurer l'accès aux soins de la population par la construction et l'équipement des structures de santé, sans essayer de comprendre ce qui est à l'origine des pathologies qui affectent telle ou telle population de telle ou telle localité. Donc au lieu de construire des établissements de santé qui ne servent pas à grand-chose, n'est-il pas mieux de chercher à connaître où se situent les vrais besoins de la population et investir dans ce domaine ? C'est le cas par exemple de l'Hôpital Nénéficha dans la région de Tambacounda, joli et bien équipé mais ayant un taux de fréquentation très bas parce que non seulement l'accès y est quasiment impossible à cause de l'état de la route menant à cette structure mais aussi aucun spécialiste n'accepte d'y aller. Dans ce cas, le mieux ne serait-il pas d'investir dans les infrastructures routières permettant de désenclaver ces zones en leur facilitant l'accès au centre hospitalier régional de Tambacounda ?

Section 1: Combat contre les causes de la dégradation de la santé de la population.

565. D'ordinaire, c'est dans le processus d'appauvrissement accéléré par une crise économique persistante, que des individus, notamment parmi les plus vulnérables, sont coupés des circuits leur permettant d'accéder aux ressources productives, les empêchant ainsi de faire face à leurs besoins. Ce manque de moyen favorise une détérioration continuelle des conditions de vie, aggrave les inégalités et mène, à terme, à la détérioration de la santé. Ainsi, en l'absence d'assistance de la puissance publique ou à défaut de relations sociales⁶⁹², certaines personnes pour faire face à la rude épreuve de leur quotidien sont amenées à avoir recours à la violence et à la délinquance⁶⁹³, à la prostitution⁶⁹⁴, au travail des enfants, à la mendicité⁶⁹⁵, à la dégradation de l'environnement⁶⁹⁶, etc.

⁶⁹² Le tissu relationnel est une préférence centrale dans nos pays. Ainsi, plus on élargit l'horizon de ses relations familiales, confrériques, ethniques, etc., plus on fait face à la pauvreté, au dénuement, à la vulnérabilité. Les liens sociaux sont présentés comme fondement de la sécurisation de l'individu.

⁶⁹³ La plupart des personnes détenues sont des jeunes. Les statistiques les plus récentes indiquent un taux de criminalité croissant marqué par une progression rapide des infractions et une forte présence de jeunes parmi la population carcérale. Cette montée de la délinquance juvénile peut être imputable au relâchement des efforts des parents dans la prise en charge de l'éducation des adolescents en perte de repères. En outre, la violence faite aux femmes est devenue un fait courant dans les quartiers pauvres et dans les familles démunies conduisant souvent à des drames.

⁶⁹⁴ Les statistiques sur la prostitution sont rares et souvent approximatives ou incomplètes. Toutefois, une enquête de prévalence des infections sexuellement transmissibles chez les prostituées clandestines de Dakar réalisée par l'IRD en 2000 évalue l'âge médian des prostituées à 28 ans. Presque 20% d'entre elles n'avaient pas l'âge légal (21 ans), alors que le tiers était célibataire, la plupart était divorcée (48%), ou veuve (6%). La prévalence de l'infection du VIH chez ces prostituées est de l'ordre de 14% alors qu'elle se situe entre 1 à 2% dans la population totale.

⁶⁹⁵ Les « talibés » (expression qui signifie élèves des écoles coraniques) et mendiants sont estimés à environ 100 000 selon une estimation de la Direction de l'Action Sociale en 2000. Ce phénomène des talibés en quête quotidienne de nourriture et d'argent tant pour leur propre survie que pour l'entretien de leur marabout et repérable aux niveaux des carrefours, des marchés, des mosquées, des banques, des centres urbains et autres endroits publics, est un véritable problème social. Il vient d'être interdit, mais il y a eu beaucoup de remous face à cette interdiction. Le Président de la République, face à la colère des maîtres coraniques dénués de toute éthique, a fini par se plier à leur volonté et les enfants mendiants continuent d'arpenter les rues des grandes villes dans l'impunité totale malgré des risques dont ils peuvent être l'objet tels que : d'être victimes d'accident de la route, de pédophilie, de maladies liées à la mauvaise alimentation qu'on leur donne, de réseaux de narcotrafiquants, de proxénètes et de banditismes.

566. En effet, dans une société où tend à disparaître à perte de vitesse la solidarité communautaire soutenue liée à la transformation des repères ethniques et culturels⁶⁹⁷, l'Etat doit venir au secours de sa population en créant des conditions lui permettant de vivre dignement. Dans ce cas, la solution ne réside que dans l'effort de combattre la pauvreté et d'assurer un minimum d'accès à l'eau potable, au logement salubre et aux soins à la population. Car, c'est en réalité cette extrême pauvreté et ce mal vivre qui entraînent le développement des maladies et le fort taux de mortalité chez les populations africaines.

⁶⁹⁶ La croissance démographique rapide et les longues années de sécheresse ont fortement contribué à la fragilisation de l'environnement. En milieu rural, la faible qualité de vie de la population continue de faire pression sur les ressources naturelles expliquant ainsi le rythme inquiétant de déforestation malgré les efforts fournis dans ce domaine.

⁶⁹⁷ Une telle dynamique conduit à une rupture des liens sociaux et à l'exclusion des couches les plus défavorisées.

Paragraphe 1 : La lutte contre la pauvreté.

567. L'analyse de la perception de la pauvreté qui se lit à travers les langues nationales africaines⁶⁹⁸ peut s'articuler autour de quelques indicateurs dont les plus saillants se trouvent dans la définition suivante : « est pauvre celui qui n'a rien, qui ne peut régler ses besoins sociaux primaires, qui vit sans accès à des opportunités »⁶⁹⁹. Le pauvre vit dans un dénuement total, économique et social, il est sans soutien⁷⁰⁰ et ne compte que sur l'aide que lui apporte son entourage pour survivre. Ainsi, on retrouve au Sénégal comme partout en Afrique beaucoup de ménages qui ne disposent que de sources de revenu précaires ne leur permettant pas de couvrir entièrement les besoins essentiels. Il importe donc de développer les secteurs indispensables à la relance de l'activité économique.

A: Le développement de l'agriculture.

568. L'agriculture demeure encore l'un des secteurs les plus importants de l'activité économique au Sénégal. Elle occupe plus de la moitié de la population, contribue pour 10% à la formation du PIB et absorbe en moyenne environ 10% du programme d'investissements publics. Le secteur agricole joue également un rôle majeur dans l'économie par son apport à l'amélioration de la sécurité alimentaire, par la fourniture de nombreuses matières premières à l'agro-industrie (arachide, coton...), par l'absorption d'une partie de la production du secteur industriel et semi-industriel et de l'artisanat (engrais, pesticides, matériel agricole...).

569. Par ailleurs, depuis le milieu des années 80, le secteur agricole traverse une crise très profonde. En effet, l'agriculture est confrontée à certaines tendances lourdes et

⁶⁹⁸ « Dool, walaakaana » en Wolof, « fintanw » en mandingue, « baasdo en Pulaar, "Wu bone" en Diola, etc.

⁶⁹⁹ Définition donnée par le Document stratégique de la réduction de la pauvreté au Sénégal, édité par la République du Sénégal, avril 2002.

⁷⁰⁰ En Afrique, l'enfant constitue le premier soutien financier de la famille. Globalement, l'expression « sans soutien » se rapporte au fait qu'un chef de famille n'a pas d'enfant pouvant l'aider à subvenir à ses besoins.

plusieurs contraintes qui continuent de peser sur ses performances. Ces tendances lourdes sont la baisse tendancielle de la pluviométrie, la baisse constante du prix aux producteurs, l'adoption de techniques agricoles fortement destructrices du capital foncier du fait d'une forte pression et de la baisse des rendements et des productions, la paupérisation et l'endettement croissant du monde rural. Les contraintes quant à elles sont de différents ordres. Elles sont, d'une part, techniques, avec un faible niveau voire une absence d'encadrement de la population, la dégradation des sols, la faible disponibilité des semences de qualité, la vétusté du matériel agricole notamment. Elles sont d'ordre financier et économique, avec la faiblesse des revenus limitant la capacité d'épargne et d'investissement en milieu rural, la détérioration des termes de l'échange et des prix des produits agricoles, le lourd endettement des producteurs, les coûts élevés des facteurs de production et l'inadaptation du crédit agricole limitant l'intensification agricole. En effet, ces difficultés, conjuguées à d'autres facteurs tels que la mauvaise organisation des circuits de commercialisation agricole, la mauvaise qualité des pistes de production, le manque d'infrastructures de production, le manque d'infrastructures de stockage et de transformation⁷⁰¹ expliquent, pour une large part, la très forte prévalence de la pauvreté en milieu rural.

570. En réalité, le secteur primaire, malgré le rôle qu'on lui attribue, ne contribue que très modestement au PIB. La solution pour permettre à l'agriculture de retrouver toute sa place dans l'économie est d'abord de combattre sa dépendance quasi exclusive de la pluviométrie, car celle-ci assez erratique, a introduit une incertitude excessive qui n'encourage pas les investissements d'envergure dans les activités rurales. Pour se faire, les techniques d'irrigation doivent être partout mises en place à l'image de la vallée du fleuve Sénégal et des Niayes, ce qui permettra aux zones marquées par les cultures pluviales (Casamance, Tambacounda, etc.) de bénéficier de technologies adaptées au milieu et à moindres coûts, offrant ainsi de réelles possibilités d'investissement dans les activités rurales. Egalement, les Etats africains doivent mener des politiques d'efforts communs afin de permettre la libre circulation des biens et des personnes dans leur espace et de résorber l'insuffisance et la qualité des infrastructures routières et portuaires qui grèvent considérablement les coûts des transports et ne favorisent pas l'intégration des marchés, aussi

⁷⁰¹ Dans des régions agricoles comme la Casamance, des centaines de tonnes de fruits pourrissent chaque année, faute d'unité industrielle de transformation ou de conservation.

bien sur un plan interne que régional. A cet aspect, on peut ajouter la politique de deux poids deux mesures des grandes puissances mondiales, qui tolèrent la subvention des systèmes agricoles du Nord et interdisent les mêmes pratiques à ceux du Sud, privant ainsi l'agriculture de ces pays de ressources conséquentes et de compétitivité sur le marché mondial. Cette politique injuste qui institue un commerce mondial inéquitable mérite d'être dénoncée⁷⁰².

571. En effet, par la modernisation de l'agriculture⁷⁰³, la diversification des revenus ruraux, notamment, à travers la promotion des activités à forte valeur ajoutée⁷⁰⁴, le renforcement du rôle des organisations paysannes et le désenclavement de zones rurales⁷⁰⁵ ainsi que par l'intégration régionale, les pays africains dont le Sénégal pourront augmenter leur produit intérieur brut agricole, assurer leur sécurité alimentaire, réduire la vulnérabilité des activités agricoles et augmenter la sécurité économique de la population, notamment les petits exploitants agricoles. En effet, on ne peut prétendre à l'accès aux soins dès lors que l'agriculture qui représente la principale source de revenu de près de 50% de la population se porte mal et ne couvre même pas les besoins alimentaires de ceux qui la pratiquent. Il faut dire qu'au Sénégal, le métier d'agriculteur rime avec pauvreté et par ricochet maladies et inaccessibilité aux soins, faute de moyens et de soutien des autorités publiques. Pour se faire, au-delà des solutions préconisées plus haut, l'accent doit aussi être mis sur le développement de certains secteurs voisins de l'agriculture tels que l'élevage et la pêche.

⁷⁰² Ce fut le grand combat de la troisième francophonie, qui au-delà de la promotion de la langue française et du dialogue des cultures, milite fermement (au même titre que les altermondialistes) pour un commerce équitable, une entraide et une solidarité entre pays riches et pauvres.

⁷⁰³ La modernisation de l'agriculture est incontournable si on veut diversifier et augmenter les revenus des paysans et réduire la pauvreté. Il s'agira d'alléger la fiscalité pour toute la filière de production agricole, de développer l'agriculture irriguée afin de réduire la quasi dépendance du secteur agricole d'une pluviométrie erratique et promouvoir l'agro-industrie.

⁷⁰⁴ Il s'agit de faciliter l'accès au crédit à des agriculteurs, notamment à travers la mise en œuvre de mesures propices à susciter et accompagner le développement du système de financement adapté aux caractéristiques socio-économiques des paysans pauvres. L'extension des approches décentralisées d'épargne et de crédits en complémentarité avec la Caisse Nationale de Crédit Agricole du Sénégal (CNCAS) devrait élargir les opportunités de financement et d'augmentation de revenus pour les exploitants agricoles. La promotion également des exportations de produits agricoles non traditionnels (le secteur horticole dont les fruits et légumes) constitue un enjeu important pour augmenter et diversifier les revenus des paysans.

⁷⁰⁵ Le manque d'infrastructures, notamment routières, constitue un obstacle majeur au développement des zones rurales à travers les problèmes de stockage et de mouvement des produits qu'il occasionne. Cet enclavement des zones rurales et l'inaccessibilité des marchés urbains pour les paysans, amènent la plupart des exploitants à limiter leur activité à l'agriculture de subsistance, les maintenant ainsi dans la pauvreté. En conséquence, il est urgent de construire les infrastructures adéquates dans le but d'améliorer le bien-être de cette catégorie de la population, de satisfaire leurs besoins de base et à terme, de réduire l'exode rural.

B : La modernisation de l'élevage.

572. L'élevage est un secteur très prisé en milieu rural surtout par les Peulhs. Cette activité non seulement représente une épargne sur pied très importante mais participe également, de façon très efficace, à la réduction de la vulnérabilité des ménages ruraux. Toutefois, de nos jours, ce secteur fait face à d'énormes difficultés. Il s'agit des difficultés financières liées principalement à la faiblesse de l'investissement public en direction du sous-secteur de l'élevage. Il s'agit également des difficultés d'ordre structurel. Les plus importantes sont d'ordre technique, avec notamment la persistance de certaines maladies azootiques, une insuffisance du pâturage et de points d'eau fonctionnels, le vol de bétail, l'insécurité dans certaines zones (la Casamance) et enfin les faibles performances laitières et viandeuses des races locales⁷⁰⁶.

573. Pour ce qui est de l'insuffisance du pâturage et de points d'eau fonctionnels, il est important d'y insister. Il faut noter à ce niveau que la faible pluviométrie, l'avancée de la mer et de l'érosion hydrique amputent les éleveurs d'une bonne partie de leur pâturage. Cet effet, combiné à la forte croissance de la population et du bétail accélèrent la pression sur les terres disponibles, exacerbant les relations entre cultivateurs et éleveurs et augmente les conflits fonciers. Ce fut par exemple le conflit qui a éclaté au mois de novembre 2011 dans le village de Keur Mamoune situé dans le département de Kaolack et ayant entraîné deux morts. Tout est parti d'une petite altercation entre un jeune berger et un paysan : *« le berger aurait fait pénétrer son troupeau dans les champs de l'oncle du paysan. Ainsi, violemment interpellé, il s'est payé le luxe d'aller chercher dans un village voisin une arme à feu avant de tirer à bout portant sur sa cible. Alertée, la famille de la victime s'attaquera au berger meurtrier qui doit, encore, la vie sauve à la gendarmerie qui a réagi à temps. Toutefois, un de ses parents, venu à sa rescousse, sera tué par une foule en furie »*⁷⁰⁷. En effet, ces cas d'exemples ne sont pas rares au Sénégal.

⁷⁰⁶ Le volume des investissements publics annuellement alloués au secteur tourne autour de 5% du volume global des investissements du secteur primaire.

⁷⁰⁷ Le journal « le Populaire » parution du mardi 22 novembre 2011 consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 22 novembre 2011.

574. Afin d'enclencher une dynamique de rupture et de créer les conditions d'une croissance forte et durable pour une plus grande contribution du sous-secteur à l'objectif global de lutte contre la pauvreté, les pouvoirs publics doivent d'abord créer les conditions d'accès à l'eau et au pâturage par la confection de bassins de rétention d'eau. Ils doivent aussi mettre en œuvre des stratégies de gestion et de protection de l'environnement en vue d'un meilleur partage du capital foncier et d'assurer une meilleure cohabitation entre éleveurs et paysans, afin d'éviter les litiges fonciers très fréquents au Sénégal. Ils doivent également investir dans l'amélioration des systèmes de production, la sécurisation de la production animale ainsi que dans l'encadrement des éleveurs à l'adoption de techniques modernes dans leur domaine.

C : La relance de la pêche.

575. A travers sa forte contribution à l'accroissement des exportations et à la création d'emploi, notamment en faveur des couches les plus touchées par la pauvreté, la pêche joue un rôle important dans l'économie et au sein de la société. Cependant, comme l'agriculture ou l'élevage, le secteur est confronté à des contraintes majeures liées essentiellement à l'exiguïté des zones de pêche face à l'importance des activités et à la raréfaction de la ressource. Cette situation amène les pêcheurs à aller chercher les produits de mer au-delà des frontières maritimes sénégalaises, ce qui accentue la pression et exacerbe les conflits entre eux et les pays riverains. Pour preuve, les pêcheurs saint-louisiens lors d'une conférence de presse du 18 juillet 2011 tenue au Quai de pêche, ont fait état de leur désarroi face aux réquisitions de pirogues dont ils sont victimes de la part des autorités mauritaniennes. Selon Birane Seck, un des porte-parole du jour, « *les pirogues qui se trouvent entre les mains de la République voisine sont au nombre de 95* ». Cet aspect qui ne cesse de s'intensifier a créé une psychose dans le quartier des pêcheurs, lance Djibril Gueye, président du conseil de quartier de Guet-Ndar⁷⁰⁸. Il s'ajoute à cette situation, l'état d'obsolescence de l'armement et de la flotte nationale, l'insuffisance des infrastructures de base dans les centres de pêche (aires de débarquement, moyens de conservation et de transport des produits,...), les difficultés

⁷⁰⁸ Walfadjri du mardi 19 juillet 2011, consulté sur <http://www.seneweb.com/> le 19 juin 2011.

d'approvisionnement des unités à terre, l'insuffisance de la formation et la faiblesse organisationnelle des acteurs des différentes filières, le manque de compétitivité de certains produits sur le marché international, l'inadaptation des systèmes de financement des activités de pêche artisanale et industrielle et surtout le problème nouveau de l'immigration clandestine.

576. Ce problème nouveau de l'immigration clandestine par voie maritime mérite d'être soulevé car très préoccupant. En effet depuis le début de ce siècle, on assiste à la transformation des bateaux de pêche artisanale en des bateaux d'embarquement des immigrés clandestins vers l'Europe. Ce phénomène prend de l'ampleur et devient un nouveau commerce très lucratif, ce qui va fortement affecter le secteur sénégalais de la pêche. Les jeunes pêcheurs qui ravitaillaient le pays en produits halieutiques se lancent dans l'activité de trafic d'immigrés clandestins ainsi que dans l'aventure européenne⁷⁰⁹ à la recherche d'une vie meilleure qui souvent tourne au cauchemar car bon nombre d'entre eux périssent en mer à cause du chavirement de leur embarcation de fortune, de la faim ou de la déshydratation liées à la longue traversée. Et, ceux qui arrivent à bon port font face « au casse tête européen » de recherche de régularisation, ce qui semble encore plus difficile que la traversée de la mer. On se demande si cela vaut la peine de prendre tous ces risques même s'il est avéré que les conditions de vie de ces derniers dans leurs pays ne sont pas enviables. Mais n'est-il pas mieux de vivre dans son pays, pauvre dans la liberté et dans la dignité que de vivre en Europe où quotidiennement on se fait harceler par la police parce que n'ayant pas d'autorisation permettant d'y résider ?

577. La solution à ce phénomène « de suicide collectif » des jeunes africains est d'abord de promouvoir le développement de secteurs générateurs d'emploi tels que la pêche. Ensuite, la solution est d'informer les jeunes face aux risques qu'ils encourent en prenant la mer et aux difficultés qui les attendent une fois sur terre européenne. Enfin, l'une des meilleures solutions est de combattre fermement ces gens véreux qui s'adonnent à cette

⁷⁰⁹ Au début, ce sont les habitants des zones de pêche telles que Mbour, Joal, Mbao et Thiaroye qui ont expérimentés cette méthode, car auparavant la traversée de la mer ne se faisait qu'à partir du Maroc essentiellement. Mais depuis que le Maroc et la Libye ont pris des mesures drastiques pour combattre ce phénomène et renvoient directement les immigrés clandestins vers leurs pays d'origine ou dans le désert, les jeunes, déterminés à partir en Europe, se sont repliés au Sénégal où les autorités n'avaient encore aucun soupçon que des bateaux pourraient quitter les côtes sénégalaises pour accoster sur les côtes espagnoles ou italiennes. Les premiers aventuriers étaient des pêcheurs, mais le phénomène s'est rapidement élargi à toutes les couches de la population.

activité communément appelé « des passeurs » qui mettent la vie des milliers de jeunes en dangers tous les jours et qui dépouillent des familles entières de leurs économies. Il faut noter que la plupart de ces « passeurs » sont, à la base, des pêcheurs aguerris qui se sont convertis « en hors la loi » faute de poisson et d'alternative. La raréfaction des produits halieutiques, il faut le dire, est liée à une cohabitation avec les grands bateaux de pêche occidentaux et asiatiques qui sans respect des normes établies à la suite des « soit disant » accords de pêche, dépouillent les eaux maritimes des pays pauvres de leurs produits halieutiques et détruisent inlassablement l'écosystème aquatique. Donc la meilleure façon de combattre fermement les activités liées à l'immigration clandestine par voie fluviale est aussi de revoir les accords de pêche que les Etats africains signent avec les pays riches qui ne profitent à personne sinon qu'à ces derniers.

578. En outre, la raréfaction des ressources halieutiques est due, en grande partie, aux mauvaises pratiques de pêche dont les effets combinés à ceux de la pollution accentuent la pauvreté de la population et poussent les pêcheurs à se lancer dans l'immigration. Il importe donc de la part des Etats africains de mettre l'accent sur le développement et l'encadrement de la pêche locale ou artisanale afin de permettre aux personnes menant l'activité de pêche d'arriver à vivre de leur métier. Cependant, très peu de pays s'y attellent. Ainsi, face à la léthargie des autorités étatiques à résoudre les difficultés qui frappent le secteur de la pêche, certaines ONG, telle qu'Enda Tiers-Monde, ont pris le devant en déployant leurs actions dans ce domaine, notamment pour aider la population vivant de l'exploitation artisanale des produits de la mer à pérenniser leur activité professionnelle en rendant plus efficient leurs moyens de production. C'est ce qui justifie les actions entreprises par Enda Graf dans les localités du littoral sénégalais comme Mbao, visant à y créer une dynamique de gestion rationnelle des ressources, qui prennent en charge des questions aussi cruciales que le renforcement des capacités organisationnelles des pêcheurs, le respect des normes d'exploitation et de maillage des filets, l'instauration de cadres favorables à la conservation et à la transformation des produits de la pêche, et la bonne gestion des déchets provenant de cette transformation.

D : Le développement des PME/PMI.

579. Le Sénégal, comme d'ailleurs beaucoup de pays africains, a du mal à restructurer son appareil de production industrielle. La promotion des Petites et Moyennes Entreprises et des Petites et Moyennes Industries (PME/PMI) constitue donc une des meilleures alternatives pour remettre en route l'appareil industriel. Pour se faire, l'amélioration du cadre macro-économique a besoin d'être accompagnée par la mise en place d'un environnement beaucoup plus favorable aux PME/PMI à travers la simplification des procédures d'établissement et d'investissement, l'allégement de la charge fiscale et la consolidation du cadre légal des affaires par la création et le renforcement des tribunaux de commerce, la facilitation de l'accès des petits entrepreneurs aux crédits et surtout le renforcement de l'entrepreneuriat féminin.

580. L'entrepreneuriat féminin africain est remarquable dans ce domaine et mérite d'être soutenu. Les femmes s'investissent beaucoup en matière de production industrielle à faible échelle. On remarque beaucoup plus leur présence dans le secteur du « petit commerce » et de l'agriculture maraîchère. Cependant, la situation des femmes africaines reste précaire, ce qui entraîne une forte incidence sur l'économie du ménage parce que réduisant la productivité du travail. A cet effet, la promotion de l'entrepreneuriat féminin dans le domaine de PME/PMI constitue l'un des moyens les plus efficaces pour lutter contre cette précarité, car les investissements ciblés sur les femmes donnent des résultats rapides dans la réduction de la pauvreté. Effectivement, lorsque les femmes ont un pouvoir de décision dans l'utilisation des ressources, une part importante du budget est consacrée à l'éducation, à la santé et à l'alimentation de la famille. C'est pourquoi, la répartition et la maîtrise des revenus et des ressources pour améliorer la situation économique et sociale des femmes sont des objectifs prioritaires pour réduire la pauvreté. A ce titre, le gouvernement doit s'attacher à favoriser le transfert direct de ressources et de connaissances aux femmes en les adaptant à leurs activités et à leurs comportements, à travers des programmes ciblés dans chacun des secteurs de création de richesse.

581. La promotion de l'entrepreneuriat féminin dans le domaine de PME/PMI constitue non seulement un moyen de combattre la précarité des femmes mais aussi un des moyens les plus efficaces pour lutter contre la discrimination faite aux femmes en matière d'accès aux ressources. En réalité, les femmes africaines sont souvent victimes de discrimination en matière d'accès aux ressources. Pourtant, ce sont ces braves femmes qui constituent le levier économique du tissu familial en Afrique⁷¹⁰. Elles occupent une place centrale dans les efforts axés sur l'amélioration de la santé car elles participent à de nombreuses activités qui influent sur le bien-être de leur famille. Elles accomplissent 60 à 80% de tous les travaux agricoles en Afrique, ce qui leur assure une contribution importante à la sécurité alimentaire et à la nutrition. Elles assurent aussi pour l'essentiel la responsabilité de l'approvisionnement en eau et en bois pour le feu, ce qui leur permet également de veiller, dans une large mesure, à ce que l'eau de boisson soit salubre et que les aliments soient cuits et préparés de manière adéquate. Il est ainsi du devoir des autorités publiques de soutenir leurs actions par l'allocation de financements ainsi qu'en leur assurant un bon encadrement par la formation.

582. Après tout, les Etats africains, en vue de restructurer l'appareil de production, doivent se fonder sur l'expérience de nombreux pays asiatiques (Inde par exemple) en s'engageant dans la création et le développement de nouvelles branches industrielles à travers notamment la promotion des PME/PMI. Une telle restructuration de l'appareil industriel permettra à la fois de remédier au caractère chronique du déficit de la balance commerciale par un développement des exportations et de renforcer la capacité du secteur industriel à générer de nouveaux emplois pour la résorption du chômage et du sous emploi.

⁷¹⁰ En Afrique, ce sont les femmes surtout en milieu rural qui assurent tout au sein du ménage. Ainsi au-delà de l'agriculture de subsistance, elles font du maraîchage ou de la cueillette de fruits sauvages qu'elles vendent dans les marchés. Ainsi, avec les économies provenant de ce travail, elles assurent les dépenses quotidiennes et entretiennent leurs enfants.

E: Les incitations au développement communautaire à travers les mouvements associatifs.

583. Ces incitations à travers le secteur associatif peuvent ouvrir la voie à une démocratie locale surtout dans le domaine de la santé car elles permettront à la population, grâce à la création de microcrédits, de prendre en charge le financement de sa propre santé avec bien sûr l'appui de l'Etat et des partenaires au développement. Ces genres d'initiatives se font jour un peu partout au Sénégal et méritent d'être encouragées et encadrées. L'Etat peut en ce sens contribuer au rééquilibrage du jeu social et économique actuellement faussé par des mécanismes d'un processus de la mondialisation dont les ficelles sont tirées par des groupes financiers non soucieux du bien-être de la population. A notre avis, la promotion du développement des groupements d'intérêts économiques (GIE) et des associations villageoises peut être le seul moyen pour que la population du monde rural puisse accéder aux soins, du point de vue géographique en construisant elle même ses propres établissements de santé et du point de vue financier en prenant en charge des frais de soins provenant des décaissements de sommes d'argent déjà récoltées grâce aux revenus de petits projets (maraîchage, exploitation, vente de produits forestiers etc.) qu'elles mettent en place ainsi que les cotisations de leurs membres.

584. Par ailleurs, l'enjeu de l'appui communautaire à la prise en charge de leurs propres problèmes a bien été compris par certains organismes. Ainsi, à titre d'exemple, Enda-Tiers-Monde, dans le cadre de son projet « Action en Casamance », avait développé avec la participation de la population locale⁷¹¹, des actions prioritaires pour leur bien-être. Ainsi, le projet « Action en Casamance », qui s'est déroulé entre 2002 et 2003, a permis de construire 2750 mètres de digues anti-sel, préservant ainsi plus de 220 hectares de rizières contre l'avancée de la langue salée⁷¹². Ce qui a permis d'aider la population à protéger ses rizières contre la salinisation des terres, à renforcer les capacités des acteurs à la base et à développer

⁷¹¹ Par exemple pour la construction des digues des villages casamançais de Médina, Badiate et Kamobeul en 2003, dont les travaux ont été réalisés grâce à l'appui technique et opérationnel d'Enda, c'est le Comité Intervillageois de Développement Durable (CIVDD) qui a fourni la main d'œuvre et créé une véritable mobilisation populaire autour du projet.

⁷¹² Ce projet comporte aussi deux autres volets importants, consacrés à l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable et à l'amélioration des conditions sanitaires et nutritionnelles de la population.

de façon considérable la riziculture. Aussi, dans l'accompagnement de périmètres maraîchers, l'Enda a développé beaucoup d'activités destinées à appuyer le monde rural. Cet appui consiste à fournir principalement aux femmes de ces zones qui, souvent, se regroupent en GIE pour développer leurs activités, des conseils techniques en hydraulique et en pratiques culturales ainsi que des rudiments de gestion comptable (tenue de livres des comptes). Des ateliers de formation en ce sens ont permis d'élever progressivement le niveau de la population aux connaissances des techniques culturales et leur a permis d'avoir des revenus non négligeables suite à la vente des produits agricoles. C'est le cas par exemple des femmes maraîchères de Malicounda Bambara, dans le département de Mbour qui ont bénéficié du programme d'encadrement d'Enda madesahel⁷¹³, leur permettant de maîtriser les pratiques culturales et la gestion comptable des revenus de leur activité. Ainsi, la vente des produits agricoles a donné à ces femmes l'occasion de se constituer en GIE, ce qui leur a permis d'avoir des revenus importants⁷¹⁴ et de faire face à leurs besoins quotidiens tels que la prise en charge sanitaire.

585. En outre, entreprendre des initiatives de développement communautaire permettrait de combattre la pauvreté et faciliterait aux couches démunies l'accès aux services sociaux de base. C'est sur ce terrain que nous attendons le plus les autorités nationales et locales qui doivent encourager la population à s'engager davantage dans la création et le développement des GIE, des mouvements associatifs et des mutuelles de santé. Nous tenons beaucoup à cette idée car non seulement la majorité de la population pauvre vit en milieu rural, mais aussi le cadre macro-économique actuel, bien qu'assaini, n'a pas garanti un accès plus large des plus démunis aux ressources financières et productives permettant la création d'emplois productifs et rémunérateurs. On constate, cependant, au Sénégal une insuffisance dans la promotion et l'encadrement de la micro-entreprise et du secteur informel qui, du reste, est le principal pourvoyeur d'emplois parce que les effectifs de la fonction publique sont, depuis plusieurs années, maintenus constants et le recrutement dans le secteur structuré ne progresse que très lentement⁷¹⁵.

⁷¹³ Il s'agit de l'entité « méthodes appliquée au développement du Sahel » d'Enda, basée à Dakar.

⁷¹⁴ Enda, op. cit., p. 22.

⁷¹⁵ Document de stratégie de réduction de la pauvreté au Sénégal, op. cit., p. 9.

Paragraphe 2 : Le combat pour assainir le cadre de vie de la population.

586. La lutte contre la pauvreté par le développement de secteurs générateurs de revenus ne suffit pas à elle seule à assurer le bien-être de la population. Il faut également créer les conditions d'un cadre de vie meilleur. Celles-ci passent effectivement par l'accès à l'eau potable, à l'énergie et au logement salubre et adéquat. C'est seulement dans ce cadre qu'un Etat peut prétendre à assurer à sa population un droit à la santé.

A : L'accès à l'eau potable.

587. L'eau salubre est un facteur fondamental de la santé. La question de la santé de la population est intrinsèquement liée à celle de l'accessibilité à l'eau potable. Or, une grande partie de la population n'a pas accès à de l'eau salubre en Afrique subsaharienne. L'insuffisance des systèmes d'assainissement et d'évacuation des matières fécales complique les données du problème, notamment dans les régions rurales et les bidonvilles situés à la périphérie des villes où les infiltrations et eaux de ruissellement peuvent contaminer les étangs, les cours d'eau et les rivières. La population, à défaut d'eau potable, utilise ces eaux des étangs, des rivières ou des puits creusés au seuil de ceux-ci et parfois des eaux de pluie qui contiennent souvent des parasites, comme le vers de guinée. De plus, les eaux fluviales contribuent à favoriser la formation de flaques d'eau, de marais, et toutes ces nappes d'eau stagnante apportent une grande insalubrité. La saison sèche et les premières pluies du grand hivernage favorisent les fièvres. Les bords du fleuve constituent ainsi la principale source de maladies paludiques.

588. En effet, ce sera une des grandes priorités des pays en voie de développement de mettre au point un système efficace de distribution d'eau, de traitement des eaux usées et

de sensibilisation des consommateurs, en encourageant des investissements importants pour le maintien ou la rénovation des infrastructures (canalisations) existantes, d'une part, et la mise en place de nouvelles adductions d'eau, d'autre part⁷¹⁶. A cet effet, les pays sahéliens, de la Mauritanie à la Somalie, victimes des oscillations climatiques, ont cherché à mettre en place des stratégies permettant l'accès à l'eau potable et une bonne distribution⁷¹⁷. Des études ont démontré que les disponibilités en eau douce sont très disparates selon les pays d'Afrique subsaharienne⁷¹⁸. Il n'existe pas de corrélation systématique entre le niveau d'eau douce disponible et l'approvisionnement de la population en eau traitée et purifiée.

589. Dans le contexte sénégalais, il faut reconnaître qu'avec le Projet Sectoriel Eau (PSE), l'accès à l'eau potable s'est beaucoup amélioré⁷¹⁹. Cependant, les régions de Louga et Diourbel qui se caractérisent par une faible pluviométrie connaissent les plus faibles taux d'accessibilité. Dans ces zones ainsi que dans la plupart des localités du milieu rural, les ménages pauvres qui n'ont pas accès à l'eau potable, s'approvisionnent essentiellement à partir des sources non protégées⁷²⁰. Ils s'exposent ainsi aux maladies hydriques qui sont une des causes principales de la mortalité infantile. Les moyens de conservation de l'eau potable sont également responsables du développement de certaines maladies. L'eau destinée à la consommation humaine est stockée dans des canaris traditionnels surtout en milieu rural où la quasi-totalité des gens se désaltèrent. Ce phénomène prédominant en campagne a tendance à disparaître en zone urbaine. Cependant, on remarque dans ces zones que les ménages pauvres

⁷¹⁶ Avant la construction de forages motorisés, les villages du fleuve qui cultivent les terres de décrue préalablement inondées, utilisent également l'eau du fleuve (exemples du village de Deby et le bouchon du Kheune, à dix mètres du fleuve). D'autres villages, plus éloignés du fleuve, construisaient des puits et qui, situés sur un cours d'eau, pouvaient accéder à l'eau à deux mètres de profondeur. La disponibilité de l'eau était assurée par les femmes deux fois dans la journée. Ces pratiques traditionnelles ont été affectées par des aménagements opérés sur le fleuve Sénégal, parce qu'il faut éliminer la crue et notamment créer des unités industrielles de transformations des produits agricoles, l'agriculture irriguée étant une alternative incontournable pour assurer la sécurité alimentaire de la population dans un pays.

⁷¹⁷ On peut citer l'Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal (OMVS). Cette organisation qui regroupe les Etats riverains du fleuve Sénégal joue un rôle incontournable pour l'accès à l'eau potable et à l'agriculture irriguée mais également à l'énergie.

⁷¹⁸ Le Niger dispose, par exemple, de ressources s'échelonnant entre 0 et 1 000 m³ par personne et par an, alors que son voisin malien jouit de 5 000 à 15 000 m³ d'eau.

⁷¹⁹ Le taux actuel est de 28 litres par habitant et par jour. Ce taux est quand même loin des objectifs visés par le Sénégal, conformément aux recommandations de l'OMS, qui est de 35 litres d'eau par habitant et par jour.

⁷²⁰ Pour assurer l'accès à l'eau potable en milieu rural, aussi, des politiques de gestion des forages motorisés y ont été initiées (ASUFOR). Mais celles-ci, loin de satisfaire les besoins vitaux de la population, ont contribué à écarter les masses rurales de la gestion de leur patrimoine si précieux qu'est l'eau.

n'ont souvent pas accès à l'eau potable. Ils sont donc obligés de s'approvisionner à partir des bornes fontaines, payant ainsi trois à quatre fois plus cher que le prix payé par les ménages disposant de branchements privés à domicile. On constate aisément, qu'en ville, les pauvres paient plus cher l'eau potable que les riches.

590. Rappelons qu'en matière d'accès à l'eau potable, le lac de Guiers joue un rôle incontournable. Il assure la consommation en eau d'une bonne partie de la population urbaine sénégalaise et sert de trait d'union entre le Walo et le Ndiambour. Mais, son utilisation à la fois par la population riveraine qui y effectue toutes sortes de travaux domestiques, la Compagnie sucrière sénégalaise (CSS) qui y déverse des eaux de drainage, risque d'altérer fortement sa potabilité. A en croire les responsables de l'office du lac de Guiers, les produits agricoles utilisés par les agriculteurs de la vallée comme les engrais et les pesticides présentent des souillures qui, au fil du temps peuvent rendre impure la consommation en eau potable. L'abreuvement du bétail directement dans le lac contribue également à la détérioration de la qualité de l'eau, ce qui serait un grand danger pour la population. Mais il n'y a pas que ces problèmes qui, selon le responsable de l'Office du lac, Madické Diagne⁷²¹, peuvent engendrer des nuisances dans l'utilisation domestique de l'eau du lac de Guiers. A l'en croire, les petits producteurs qui utilisent les canaux de drainage sont aussi des vecteurs de souillure. Les ouvrages techniques, tels que le pont de Richard Toll qui est non fonctionnel, sont également à la base du déséquilibre noté dans le remplissage de la réserve d'eau douce que constitue le lac. Tout comme on peut mettre dans le chapitre des causes qui peuvent menacer la consommation régulière de l'eau du lac de Guiers, les inondations qui détruisent les digues de protection.

591. Il demeure ainsi que des risques réels existent et si des solutions ne sont pas trouvées, une bonne partie de la population sénégalaise pourrait se retrouver sans eau potable. C'est pourquoi, le programme de gestion durable des réserves stratégiques d'eau douce et des zones humides mis en place⁷²² doivent être rapidement exécutés afin de juguler le mal. Il faut

⁷²¹ Walfadjiri du lundi 25 juillet 2011, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le mercredi 27 juillet 2011.

⁷²² A ce titre, les techniciens de l'hydraulique ont préconisé la réhabilitation des ouvrages que sont les vannes et

aussi revenir sur une bonne gestion des ressources en eau. Les végétaux aquatiques qui envahissent la surface du lac et qui bloquent considérablement l'écoulement de l'eau doivent être enlevés, d'où un suivi régulier de la gestion environnementale. Sur le plan de la communication, un système d'informations géographiques devra être mis en place pour mieux donner à la population la possibilité d'apprécier la situation à temps plein. Le but ainsi visé est la sécurisation des différents usages des eaux lacustres tout au long de l'année afin d'assister à une bonne gestion et de manière durable la disponibilité d'une eau de qualité et en quantité suffisante pour tous les usagers. En tout état de cause, sans eau potable, la santé de la population africaine, surtout vivant en milieu rural, est réellement menacée. Parlant de l'accès à l'eau potable au Sénégal, on ne peut occulter l'état des eaux souterraines des régions centrales et centre-sud du pays. En effet, les nappes phréatiques des régions de Diourbel, Louga, Kaolack et Fatick sont fortement minéralisées. Par exemple dans le Bassin Arachidier à Thiakhar, localité qui se trouve dans la région de Diourbel, l'eau de boisson est très salée (779,71 mg/l) avec une concentration élevée en fluor (2,87 mg/l) alors que pour ce dernier la recommandation est de 0,7 mg/l pour les pays tropicaux secs comme le Sénégal⁷²³. On note également une forte présence de sel dans l'eau de consommation à Kaolack. Des problèmes de santé publique sont déjà notés comme la fluorose osseuse et l'hypertension artérielle. Aux problèmes d'accès à l'eau potable doivent être ajoutés ceux d'accès aux systèmes adéquats d'assainissements.

B : L'accès à des systèmes adéquats d'assainissement.

592. L'accès à des systèmes adéquats d'assainissement demeure encore à un niveau faible au Sénégal comme d'ailleurs dans tous les pays du tiers monde. Le problème qui illustre de la meilleure manière la situation d'impasse dans laquelle se trouve la quasi-totalité des grandes villes du sud est sans conteste celui de la gestion des déchets. Ce problème est lié à la forte croissance des villes, accentué par le comportement « peu écolo » de la population. Le mauvais comportement des ménages en zones urbaines en termes d'évacuation d'eaux

les digues avec, en toile de fond, la remise des zones humides de Ndiael et de Niatty Yoon dans le Walo.

⁷²³ Journal des Sciences et Technologie, 2008, Vol. 7 n° 2, p. 46-50.

usées et d'ordures ménagères malgré l'existence d'un système de collecte relativement satisfaisant interpelle les besoins d'éducation à la santé. La plupart des ménages déversent leurs eaux usées dans la rue et se débarrassent de leurs ordures de façon inappropriée (en dépôts sauvages ou en enfouissement). En ce qui concerne l'évacuation et le traitement des eaux usées en milieu urbain, des efforts ont été faits, mais beaucoup reste encore à faire. Concernant la population vivant en milieu rural, il faut rappeler que le comportement des ménages en matière d'assainissement et de pratiques sanitaires est très critique. Celui-ci ne résultant pas forcément de leur volonté mais du contexte dans lequel ils vivent. Ainsi, bon nombre de ménages ne possédant aucun type de toilettes, ont recours à la nature pour évacuer leurs excréta contrairement au milieu urbain où le taux d'accès aux sanitaires par les ménages est élevé. A titre d'exemple, la région de Fatick, une région connue par son manque d'eau lié à la sécheresse, plus de la moitié de la population (60,5%) a recours à la nature pour évacuer les excréta. Ce péril fécal peut expliquer en partie la dégradation de la santé dans ces zones et la prépondérance des maladies diarrhéiques.

593. En outre, les difficultés de gestion des ordures ménagères affectent en premier lieu et de la manière la plus dure les couches défavorisées de la population. C'est pourquoi, il est nécessaire de soutenir le maximum d'initiatives communautaires de prise en charge de collecte, d'évacuation et du traitement des déchets, dans les quartiers défavorisés et enclavés. Car, il n'est pas rare de voir dans ces quartiers des habitants excédés par les ordures ménagères, jeter leurs déchets dans des dépôts sauvages, les brûler lorsqu'ils sont trop abondants ou les utiliser comme matériau de remblai des terrains inondables en saison des pluies. De telles pratiques sont, l'on s'en doute, extrêmement nocives pour la santé de la population, annihilant tous les efforts entrepris pour améliorer la qualité de vie dans ces quartiers. A cet effet, il urge de mener des campagnes d'information, d'éducation et de communication visant à imprégner les habitants des quartiers, du caractère néfaste de ces pratiques, des risques qu'elles recèlent sur le plan sanitaire et environnemental, et de la nécessité de changer les comportements pour garantir la salubrité publique.

C : L'accès aux logements salubres.

594. La population africaine est pour la plupart mal logée. Cependant seul l'accès au logement propre et décent peut garantir la santé de la population. En effet, le développement de beaucoup de maladies est lié à l'insalubrité des habitats dans les pays du Sud. L'un des facteurs aggravants de cette insalubrité est la promiscuité due à la surpopulation des habitations. Cette préoccupante situation est beaucoup plus remarquée en milieu urbain avec la prolifération des bidonvilles où vivent dans des conditions épouvantables des couches très démunies. Ces pauvres vivent souvent dans de petits appartements, en général sur de mauvais planchers qui les séparent du sol, incommodés par l'humidité, la chaleur et l'air.

595. Pour faire face à cette situation de mal logement de la population, se pose l'épineux problème de la restructuration de l'habitat dans les quartiers défavorisés. Les cas désormais emblématiques de « Colobane », « Baraque » et « quartier- rail » à Dakar sont là pour rappeler le caractère fondamental de cette préoccupation. Les autorités publiques, si elles sont animées par le sentiment d'assurer la santé de la population doivent trouver rapidement des solutions adéquates à ce problème. Par ailleurs, les autorités, au lieu d'aider les habitants de ces quartiers très défavorisés à recouvrer une dignité sociale par la régularisation foncière, l'amélioration de leur habitat et l'accès aux services sociaux de base, mènent une politique de fuite en avant, préconisant systématiquement le déguerpissement des bidonvilles, toujours plus loin des centres villes. Une telle situation ne fait que renforcer la précarité déjà grande des couches les plus fragiles de la population urbaine. Ainsi, face à la prolifération des bidonvilles dans les pays pauvres d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine, l'attitude d'indifférence et de mépris des gouvernants qui va de pair avec « la politique du Bulldozer »⁷²⁴, ne résoudra pas le problème. Car, aucun des habitants de ces quartiers ne se réjouit de ce mode de vie mais ils y sont obligés, faute de moyens. Donc, les gouvernants doivent adopter plutôt une attitude de lucidité et de responsabilité, consistant à œuvrer avec les moyens disponibles, pour l'amélioration continue des conditions de vie de ces personnes défavorisées. Ils pourront, en ce sens, suivre l'exemple de Enda Tiers-Monde qui, dans les

⁷²⁴ A partir de 2002 le gouverneur de Dakar Saliou Sambou, que la population appelait « Bulldozer », a procédé à une vaste opération de démolition des habitats dits « illégaux » à Dakar provoquant ainsi un grand désastre au plan social : des ménages dans la rue, des foyers déchirés, des enfants traumatisés de voir un beau matin leur concession réduite en cendres et ce, sans mesure de relogement.

années 90 a mené avec succès dans les quartiers défavorisés de Dakar, une série d'actions d'accompagnement de la population dans leur stratégie de lutte contre la précarité foncière, par la création d'activités génératrices de revenu et pour l'accès à un certain nombre de services sociaux tels que l'eau potable, l'assainissement, l'éducation ainsi que les soins de santé primaires⁷²⁵.

D : L'accès à l'énergie.

596. Outre les liens intersectoriels qu'elle a avec l'agriculture, la santé et l'éducation, l'énergie constitue une importante dimension du développement. D'abord en tant que nécessité domestique mais également en tant que facteur de production dont le coût affecte directement la compétitivité des produits. Le secteur énergétique est en forte perdition au Sénégal, entraînant une colère sans précédent de la population qui reste des journées durant sans électricité. Ce phénomène a bien été reconnu par le Président Wade, qui lors de son discours à la nation le jeudi 14 juillet 2011⁷²⁶ dira que, « *les maux dans le secteur énergétique en général et de la SENELEC (Société Nationale d'Electricité) en particulier sont nombreux et anciens. Ils se trouvent dans la vétusté des équipements, l'entretien défectueux, le taux de déperdition important dans le transport de l'électricité, l'inadéquation des mécanismes d'approvisionnement en combustibles ainsi que la précarité financière, entre autres. Au total, le diagnostic a révélé que la SENELEC était un corps gravement malade qui nécessite des soins urgents et intensifs* ». Ainsi pour solutions, le Président a dans son discours promis l'achat de centrales neuves mais qui ne seront installées que dans trois ans c'est-à-dire en 2014. En attendant, il prévoit comme alternative de louer des centrales pour renforcer le parc de production existant, tout en réhabilitant les centrales existantes et en sécurisant l'approvisionnement en combustibles.

⁷²⁵ Enda Tiers-Monde, op. cit., p.6.

⁷²⁶ Ce discours à la nation a été tenu suite aux violentes manifestations de la population sénégalaise du 23 juin 2011 contre le vote du projet de loi instituant un ticket de Vice Président au Sénégal et celles du 27 juin 2011 contre les coupures intempestives d'électricité.

597. Par ailleurs, il faut rappeler que la crise énergétique est due à la mauvaise gestion des autorités en place. Le problème d'électricité a certes toujours existé mais s'est fortement aggravé depuis l'avènement de l'alternance en 2000. Depuis lors, il n'a jamais cessé d'être décrié par la population mais jamais cela n'a été une réelle préoccupation des pouvoirs publics. Le Président a une fois déclaré aux journalistes qu'il ne savait pas qu'il y avait autant de coupures d'électricité alors que c'est ce qui marque le quotidien des sénégalais depuis qu'il est au pouvoir avec son lot de conséquences néfastes sur l'économie, la sécurité de la population et la conservation domestique des produits alimentaires mais également les destructions fréquentes des appareils électroménagers et téléviseurs.

598. En réalité des solutions rapides et adéquates à cette crise résident ailleurs que dans le discours du Président Wade. Pour se faire, l'ancien premier Ministre Moustapha Niasse semble trouver la meilleure voie. Selon lui, *« il faut au plan structurel permettre à la SENELEC de retrouver et de mettre en œuvre la plénitude de ses responsabilités dans la conduite de sa mission c'est-à-dire produire et transporter l'énergie jusqu'aux utilisateurs moyennant paiement. La SENELEC doit, à cet effet, pouvoir gérer seule la question des commandes de fuel et de gaz destinées à alimenter les générateurs et les turbines »*. Il demande aussi, *« que le Ministère de l'énergie, dans la nomenclature gouvernementale, se limite à l'exercice de la tutelle »*. Ainsi, le Directeur Général de la SENELEC doit être nommé par le Conseil d'Administration et non par l'Etat. Aussi, la politique de la société doit être définie et conduite par les membres du Conseil d'Administration et le Directeur Général de la société. Car, la substitution à la tête de la société du Ministre de l'énergie à la direction générale et au Conseil d'Administration crée une confusion totale et un conflit parce que le CA et la direction voient leurs prérogatives polluées et transférées au ministère de l'énergie. Egalement, l'une des mesures phares dégagées par Moustapha Niasse est qu'il soit établi de manière claire et définitive avec le concours de la Cours des Comptes le montant de l'endettement effectif de la SENELEC. Mais aussi d'identifier tous les créanciers de la SENELEC et de négocier avec chacun d'eux un échéancier de paiement des créances dues en mettant l'accent sur l'effort de patience qui sera demandé à ces créanciers. Et, ceci dans le but, a-t-il dit, de pouvoir assainir, dans les délais les plus raisonnables (90 jours au minimum) la situation de trésorerie de la SENELEC. Ainsi, ces mesures appliquées, permettront à la

SENELEC d'éponger toutes ses dettes en un temps record de trois mois, selon l'ancien premier ministre⁷²⁷.

599. A notre avis, il faut, pour résoudre le problème énergétique dans son ensemble, explorer plus rationnellement et plus rapidement la distribution géographique de toutes les sources d'énergie disponibles et inégalement réparties. Dans le milieu rural, où l'incidence de la pauvreté est la plus importante, l'électrification permet non seulement de répondre à la demande énergétique pour les besoins vitaux comme l'exhaure, l'irrigation, la conservation, la transformation des produits agricoles et la création des PME/PMI, mais également de faire évoluer la population vers des conditions de vie meilleures. Il y sera alors recherché un développement en synergie de l'électrification rurale et du système d'assainissement et d'adduction d'eau. L'Etat a déjà initié plusieurs actions pour améliorer le secteur énergétique et le rendre accessible à tous, notamment en ce qui concerne la privatisation de la SENELEC, la libéralisation du secteur avec les modifications de prix conformément au marché international, la subvention des petites bouteilles de gaz compte tenu de l'impact sur les ménages pauvres et les effets externes sur l'utilisation des ressources naturelles. Mais toutes ces initiatives se sont soldées par un constat d'échec car l'électricité aujourd'hui est une matière chère et rare au Sénégal et le prix de la bouteille de gaz est passé du double au triple alors hors de portée du sénégalais moyen.

600. Par ailleurs, le domaine où la crise énergétique affecte le plus est celui de la santé. Les dysfonctionnements dans la fourniture du courant électrique au Sénégal mettent fortement en danger la vie des patients au sein des structures de santé, largement dépendantes de la SENELEC. A l'hôpital régional de Ziguinchor, pour ne citer que celui-ci, les coupures d'électricité coïncidant avec la panne de l'unique groupe électrogène qui faisait fonctionner l'essentiel des services de la structure hospitalière en cas de coupure d'électricité, ont été à l'origine du décès de trois bébés prématurés admis à l'hôpital⁷²⁸. Il faut donc reconnaître que la santé de la population est intrinsèquement liée à l'énergie. On ne peut assurer l'offre de soins dans un contexte de coupures intempestives de courant. C'est pourquoi, les responsables

⁷²⁷ Walfadjiri du mardi 01 février 2011, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 1 février 2011.

⁷²⁸ Seneweb news du mercredi 29 septembre 2010 <http://www.seneweb.com/>.

syndicaux du secteur de la santé ne cessent de lancer des SOS aux autorités de la Société Nationale d'Electricité (SENELEC) pour mettre les établissements de santé hors délestage, afin de préserver la vie des patients. Il faut évidemment reconnaître que l'accès à l'énergie est une condition préalable à l'accès à la santé et au bien-être de la population. Donc il est nécessaire de la part des autorités de développer le secteur énergétique gage du développement de toute nation et de rétablir au plus vite l'électricité de façon pérenne.

601. Il faut rappeler en définitive qu'en Afrique beaucoup de ménages ne disposent que de sources de revenu précaires qui ne permettent pas de couvrir entièrement leurs besoins. Dans ce contexte de pauvreté où l'indigent n'est pas en mesure d'assurer le minimum vital, bénéficier des prestations sanitaires nous paraît illusoire. Le droit à la santé comme droit fondamental a-t-il une réelle importance dans l'ordonnancement juridique sénégalais ? La réponse à cette question ne saurait être affirmative vu les nombreux obstacles qui gangrènent la quête vers cet idéal social. En dépit de tous les efforts déployés en matière d'offre de soins, on ne peut pas améliorer la santé de la population, tant qu'on ne vaincra pas la pauvreté. A ce niveau, l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme avait d'ailleurs montré l'étroite relation de connexité entre le niveau de vie de l'individu et la préservation de sa santé. Notre argumentaire se précisera si l'on sait que beaucoup de maladies sont dues à la pauvreté : c'est le cas de la tuberculose et de la malnutrition pour ne citer que celles-ci. Le plus performant des systèmes de santé au monde ne pourrait protéger la santé d'un sous alimenté. La malnutrition due à une mauvaise alimentation frappe les plus jeunes issus des couches les plus défavorisées des habitants des banlieues, des milieux ruraux ou des zones de conflits armés. Un exemple terrifiant en ce sens est ce qui se passe actuellement à la corne de l'Afrique (Somalie, Éthiopie, Kenya), frappée de plein fouet par la sécheresse où des milliers d'enfants meurent par jour à cause de la famine. Si la faim n'est pas en soi une maladie, il convient de reconnaître qu'elle est une source avérée de pathologie. Le facteur « pauvreté » doit donc être pris en compte en amont dans toute stratégie de santé car étant très significatif dans le volet préventif. Plusieurs maladies pourraient être éradiquées avec la diminution de la pauvreté mais également avec l'accès au logement adéquat, à l'eau potable, à l'énergie et aux soins.

Paragraphe 1 : L'incitation de la population à la prise en charge de sa propre santé.

603. La population est avant tout le premier garant de sa santé. Aucune politique de santé ne peut être efficace si la population ne prend pas conscience de la préservation de sa santé. Cependant, pour que cette prise de conscience ait lieu, la population a besoin d'un minimum de connaissances, connaissances qui sont acquises par l'éducation, l'information et la communication. Ainsi, on peut facilement amener les individus à avoir une bonne hygiène de vie. C'est à ce niveau, que les autorités nationales ont un rôle important à jouer.

A : Par les bonnes pratiques d'hygiène.

604. Pour améliorer la santé, il faut, en premier lieu, que les collectivités et les ménages africains aient les connaissances et les ressources nécessaires pour appréhender les problèmes de santé et prendre les mesures requises. Il est essentiel que l'Etat parraine des programmes d'information destinés aux ménages et aux collectivités sur les menaces à leur santé et les services auxquels ils peuvent avoir recours. L'enseignement scolaire et parascolaire joue un rôle essentiel dans ce sens, car il permet de diffuser les informations et les conseils pratiques sur la manière dont les personnes peuvent prendre soin d'elles mêmes, la propreté, la préparation des aliments et la nutrition. A travers l'école, la population peut avoir accès à la bonne information et être sensibilisée dans le domaine sanitaire. En apprenant aux enfants quels sont les premiers symptômes dès l'apparition desquels il faut se rendre aux services sanitaires et en leur apprenant les bonnes conduites d'hygiène à entreprendre pour éviter les maladies, ceux-ci peuvent ainsi servir de relais en transmettant à leurs parents (surtout du monde rural pour la plupart analphabètes), ces informations récoltées à l'école. Beaucoup de vies peuvent également être sauvées en enseignant à l'école les méthodes de soins d'urgence (soins de premiers secours) qui peuvent être effectuées dans l'immédiat avant de se rendre aux structures de soins, par exemples en cas d'arrêt cardiaque comment réanimer la victime, en cas de noyade ou d'accident de la circulation comment faire pour sauver ou

aider la victime avant l'arrivée des secours⁷²⁹. Il s'agit là de l'une des meilleures solutions pour atteindre les objectifs de santé.

605. Par ailleurs, un accent particulier doit aussi être mis sur l'éducation de la population féminine. Celle-ci revêt une telle importance qu'il convient de lui accorder une place particulière dans le cadre des efforts de réforme des politiques de santé⁷³⁰. Il faut remarquer que souvent les femmes quand elles sont instruites se marient et font des enfants plus tard que celles qui ne l'ont pas été. Elles font également un meilleur usage des services de santé et exploitent mieux les informations qui leur permettront d'améliorer leur hygiène et la santé de leurs enfants. Des études ont montré qu'un accroissement du taux d'alphabétisation des femmes permet de réduire considérablement la mortalité juvénile, tandis que l'alphabétisation de la population masculine n'a guère d'effet en ce domaine. Le fait qu'une mère ait poursuivi au moins des études secondaires peut contribuer à réduire jusqu'à 50% le taux de mortalité infantile dans une famille donnée⁷³¹. Il faut aussi noter qu'une population féminine lorsqu'elle est éduquée peut sensiblement accroître la rentabilité des dépenses publiques au titre de la santé ; à l'inverse, les effets de ces mêmes dépenses publiques semblent considérablement diminuer lorsque la population féminine n'est pas éduquée.

606. En outre, l'éducation de la population à la prise en charge de sa propre santé doit se manifester par une politique de proximité. Celle-ci consiste à créer des environnements qui permettent aux personnes et aux groupes de changer de comportements, en les « portant » littéralement. C'est une voie pour l'éducation à la santé qui s'est toujours donnée tant de mal pour modifier les comportements des personnes⁷³². Mais le problème à ce niveau, c'est que

⁷²⁹ Cf, le journal Direct-Montpellier, parution n° 1258 du mercredi 14 décembre 2011, p. 4. Il y est fait état d'une trentaine de bénévoles de l'association TOM (Tous ouverts au massage) qui procède à la formation de 606 élèves des secondes du Lycée Joffre à la pratique de massage cardiaque extrême. Voilà comme l'affirme le docteur Jean-Yves Bignon de l'association Tom « un geste citoyen, pas médical » qui, doit être suivi par les autorités scolaires des pays du Sud.

⁷³⁰ Les politiques de santé ne doivent pas avoir comme seul objet, l'amélioration des prestations des services de soins mais plutôt l'amélioration de l'état de santé de la population en général.

⁷³¹ Banque mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique* : op. cit., p. 41.

⁷³² C'est l'exemple typique des habitants de Dakar qui enfouissent des déchets de tout genre dans la rue et jettent

les éducateurs ne se soucient pas parfois de la compatibilité entre les efforts demandés et les conditions de vie des intéressés⁷³³. Cette problématique a déjà été argumentée en particulier par Brigitte Sandrin-Berthon, selon qui, « *plutôt que d'essayer de convaincre les gens de transformer leurs habitudes, il est plus efficace et plus acceptable du point de vue éthique d'agir pour changer leur environnement* »⁷³⁴. Elle fournira un exemple pertinent en ce sens en écrivant ceci : « *on amène plus facilement les enfants à de bonnes pratiques d'hygiène corporelle si l'école est aménagée avec un cadre attrayant et propre, des sanitaires confortables, de l'eau potable, du savon etc* »⁷³⁵. C'est dire que la promotion de la santé par l'éducation de la population aux normes d'hygiènes et de propreté passe avant tout par l'amélioration de leur environnement par les autorités publiques. C'est à ces dernières de créer un environnement sain et de veiller à ce qu'il soit bien entretenu au lieu de culpabiliser les usagers d'adopter des conduites qu'ils n'ont pas la possibilité de modifier. En effet, les personnes, en particulier les plus vulnérables et les plus fragiles, ont pour principale priorité de déployer d'abord leur énergie pour vivre et assurer leur quotidien difficile. Il ne faut donc pas ajouter à leurs fardeaux en attendant d'elles des efforts supplémentaires, là où il suffirait d'améliorer leur environnement. Il faut impérativement avant d'entreprendre un programme visant à changer des comportements individuels, passer en revue les éventualités d'action sur l'environnement et le travail avec ceux qui en sont responsables.

des poubelles sur la plage. Et quand ils sont interpellés sur cet acte ignoble par certains concitoyens respectueux de l'environnement, ils leur répondent sèchement en disant « lu ci sa yonn, fii yonn buurla » c'est-à-dire de quoi tu te mêles, ici c'est la voie de l'Etat, tout en oubliant que l'Etat c'est eux, le service public appartient à tous et l'autorité publique n'en est que le garant.

⁷³³ Jouer le rôle d'éducateur présuppose que l'on est à la fois détenteur de connaissances avérées, capable de les transmettre à autrui et reconnu comme tel. Mais on peut supposer, par ailleurs, que ce rôle peut être tenu à divers niveaux « par tous et pour tous », c'est-à-dire que l'on quitte la relation classique enseignant-élève, pour arriver au binôme « apprenant-apprenant ». Autrement dit, tout le monde détient des connaissances utiles et doit pouvoir en faire bénéficier le plus grand nombre, dans des cadres d'échanges et d'enrichissement mutuel, mais nullement de transmission unidirectionnelle du savoir.

⁷³⁴ Brigitte Sandrin-Berthon : « à quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient », Santé de l'homme n° 383, www.inpes.santé.

⁷³⁵ Jadis dans les écoles primaires au Sénégal, l'instruction sanitaire était de rigueur, l'enseignant avant d'entamer son cours vérifiait si les élèves s'étaient bien douchés et portaient des habits propres. Il était fréquent qu'on exige aux élèves de nettoyer la cour de l'école afin qu'elle reste propre et attrayante et interdiction était faite à tous de jeter quoique se soit dans l'enceinte scolaire. Il n'y avait certes pas de beaux bâtiments mais le cadre était tellement bien entretenu qu'il donnait envie d'y rester. Mais aujourd'hui, c'est tout à fait le contraire, le respect des règles d'hygiène jadis imposé par les enseignants à l'école n'est plus de mise. Le manque d'entretien est sans commune mesure et les toilettes scolaires à causes de leur manque de propreté constituent de véritables nids à microbes, vecteurs de maladies infectieuses.

B : Par l'abandon des pratiques coutumières réprouvées.

607. La survivance de certaines croyances, corollaire même du manque d'éducation, constitue un véritable problème de santé publique en Afrique. Il s'agit par exemple de l'excision. C'est une mutilation génitale féminine, une pratique de suspension du clitoris à laquelle, dans certains milieux comme celui des mandingues ou peuls, l'enfant de sexe féminin ne peut échapper. Or, les médecins ont démontré que cette opération entraîne des conséquences dangereuses sur les organes génitaux de la femme⁷³⁶. Beaucoup d'africains ont tendance à se murer derrière la tradition ou la religion musulmane pour donner un fondement à cette pratique. Par ailleurs, les connaisseurs de la loi musulmane n'évoquent aucune disposition du coran ou de la sunna qui exige une telle pratique, qui constitue comme le note Marie-France Callu « *une réelle atteinte du corps humain* »⁷³⁷.

608. L'excision est souvent rapprochée de la circoncision qui est la section du prépuce d'un garçon. Même celle-ci selon la plupart de la doctrine musulmane n'est qu'une simple recommandation de la sunna⁷³⁸. Il faut reconnaître que sur le plan juridique, la circoncision n'est admise, du moins en France, que lorsqu'elle s'inscrit dans une thérapeutique du médecin. Selon l'arrêt de la cour d'appel d'Aix-en-Provence du 23 avril 1990, confirmé par l'arrêt du 30 mai 1991 de la chambre criminelle de la Cour de Cassation, le chirurgien qui pratique une intervention chirurgicale dans l'exercice normal de sa profession jouit d'une immunité légale, dans la mesure où son intervention est justifiée par un intérêt thérapeutique. Par ailleurs, concernant la circoncision non thérapeutique, il faut dire qu'il est de principe que le corps humain est inviolable (article 16-1 du Code civil) et toute atteinte à l'intégrité physique peut faire l'objet de sanction pénale (article 222 du Code pénale). Cependant, si ces articles ont bien été utilisés pour condamner les personnes qui se

⁷³⁶ Sikiratou Aguemon, « Le contentieux du consentement de la victime en matière médicale : les données et la solution d'un problème complexe », *Droit et Santé en Afrique*, Actes du colloque international de Dakar, 28 mars-1^{er} avril 2005, Les études hospitalières, p. 114.

⁷³⁷ Marie-France Callu, « Le corps recomposé », *Revue Droit et Santé*, septembre 2005, n° 7, p. 383.

⁷³⁸ Abdelhafid Ossoukine, « Retour sur un procès : l'affaire des médecins circonciseurs de Constantine », *Revue générale droit médicale*, n° 29, Les Etudes Hospitalières 2008, p.169-177.

sont livrées à des excisions, ils n'ont par contre jamais été utilisés dans le cas de la circoncision rituelle. Egaleme nt, il n'existe pas encore de jurisprudence bien définie sur ce point. A ce jour, des médecins n'ont jamais été blâmés pour avoir pratiqué une circoncision rituelle à la condition cependant, qu'ils aient demandé explicitement l'autorisation des deux parents. Avoir l'autorisation d'un seul est sanctionné. En outre, comme dans tout acte médical, le médecin est tenu d'informer les parents de l'enfant de toutes les suites, notamment du caractère irréversible de l'intervention. Pourtant au Sénégal le législateur comme le juge sanctionne toute atteinte à l'intégrité physique. Mais dans le Code pénal la loi ne cite expressément que l'excision (article 229 du Code pénal).

609. Il faut donc dire qu'en ce qui concerne la circoncision, la pratique coutumière demeure tellement la règle que le législateur a préféré fermer les yeux. Cependant, elle, au moins, porte moins préjudice⁷³⁹ que l'excision, pratique qui laisse à la femme des séquelles irréversibles comme les douleurs permanentes au bas ventre, la stérilité, des complications à l'accouchement pour ne citer que celles-ci. C'est sûrement pour cette raison que le législateur sénégalais a adopté une loi l'interdisant. Il s'agit de la loi 99-05 du 29 janvier 1999 (article 299 du Code pénal) interdisant les mutilations génitales féminines. Elle dispose : *« sera puni d'un emprisonnement de six mois à cinq ans quiconque aura porté ou tenté de porter atteinte à l'intégrité de l'organe génital d'une personne de sexe féminin par ablation totale ou partielle d'un ou plusieurs de ses éléments, par infibulation, par insensibilisation ou par un autre moyen. La peine maximale sera appliquée lorsque ces mutilations sexuelles auront été réalisées ou favorisées par une personne du corps médical ou paramédical. Lorsqu'elles auront entraîné la mort, la peine des travaux forcés à perpétuité sera toujours prononcée »*.

Cette loi a, cependant, énormément du mal à être respectée par la population du monde rural très attachée à cette culture. Elle analyse cette loi comme un acte qui vise non pas à éradiquer une pratique dangereuse pour la santé de la femme mais plutôt comme une initiative qui consiste à "combattre les traditions locales".

⁷³⁹ Depuis 2007, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent la circoncision comme une stratégie additionnelle dans la lutte contre l'épidémie du Sida (Cf, http://www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations_fr.pdf).

610. Il faut dire que la mauvaise perception par la population de la loi sur l'excision est liée au fait qu'elle a été mal expliquée à la population. Elle a été abordée non pas sous l'angle de la préservation de la santé de la femme mais plutôt sous l'angle du respect des droits de l'homme, ce que la population a du mal à cerner. Également, au lieu d'expliquer aux familles les dangers qu'elles font encourir à leurs enfants en s'adonnant à une telle pratique, les autorités brandissent l'arme de la menace en leur expliquant les sanctions qu'elles risquent en pratiquant l'excision. L'idée de base de cette pratique, sans pour autant faire son plaidoyer car néfaste pour la santé de la femme, se rapproche beaucoup plus d'un « rite initiatique » qu'à la violation des droits de l'homme. Mais, les autorités s'entêtent derrière la répression pour éradiquer l'excision sans trop analyser les motivations qui poussent les familles à une telle pratique. C'est ce qui explique sans doute l'échec de cette initiative.

611. Il faut ainsi rappeler aux autorités qu'on ne combat pas une pratique ancrée dans la tradition des peuples (analphabètes pour la plupart) depuis des millénaires par la répression mais plutôt par la sensibilisation. Ainsi, pour lutter contre les mutilations génitales dont sont victimes chaque année des millions de filles dans le monde, mieux vaut s'appuyer sur les valeurs des communautés que de combattre agressivement les traditions locales. L'UNICEF abonde dans le même sens en estimant que c'est seulement à travers une collaboration étroite avec les communautés qu'on arrivera à éradiquer ces pratiques car malgré les lois interdisant l'excision, les taux de prévalence nationaux des mutilations génitales restent élevés en Afrique⁷⁴⁰. A cet effet, une enquête sur la démographie et la santé menée en 2005 au Sénégal, montre que 94 % des femmes sont victimes de mutilations génitales féminines dans la région de Kolda, 93 % dans la région de Matam et 44 % dans la région de Saint-Louis. L'ethnie Soninké se singularise dans cette pratique avec 78,2 % de femmes excisées, suivie par l'ethnie mandingue, elle-même dépassée par les ethnies Pular avec 62,1 %. Les ethnies Sérère et Wolof⁷⁴¹ s'adonnent moins à cette pratique dont des taux successivement de 1,8 % et 1,6%⁷⁴².

⁷⁴⁰ AFP, jeudi 18 novembre 2010, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 18 novembre 2010.

⁷⁴¹ Ces ethnies se trouvent, pour la plupart concentrée dans la région de Dakar, de Thiès et de Fatick.

⁷⁴² M. Sarr « Mutilations génitales féminines : 28% de femmes touchées au Sénégal. Ce que dit la loi du 29 janvier 1999 » Source, Walfadjiri, vendredi 17 octobre 2011, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 18 octobre 2011.

612. En outre, les traditions lorsqu'elles sont réprouvées doivent et peuvent être abandonnées par la population si elle est bien sensibilisée sur les dangers que celles-ci présentent pour sa propre santé. Cette sensibilisation passe impérativement par l'implication de la population s'adonnant à ces pratiques dans les politiques de santé publique. Ainsi, une lutte efficace contre l'excision demande de s'appuyer sur les communautés tout en leur expliquant qu'il ne s'agit pas de combattre leurs valeurs sociales mais plutôt, d'éviter à la population féminine des séquelles irréversibles comme la stérilité, des complications à l'accouchement et même la mort. C'est dire que les mêmes facteurs qui ont motivé la décision des parents à mutiler leurs filles peuvent les amener à arrêter cette pratique s'ils sont suffisamment informés des dangers qu'ils leur font courir. Le succès de ce combat résidera plutôt dans la sensibilisation de proximité que par la répression, car les individus en s'adonnant à cette pratique ne sont pas motivés par la violation des droits de l'homme mais plutôt par un rituel coutumier pratiqué depuis des millénaires dont ils ignorent le caractère fatal. Ils ont juste besoin de bonnes informations leur permettant de percevoir les dangers de l'excision car nous sommes convaincus que la plupart de la population africaine ne croit pas à ces conséquences ou les ignorent tout simplement, et ce par manque d'information.

Paragraphe 2 : L'implication de la population dans les programmes de prévention.

613. Assurer une bonne santé à la population exige son implication effective dans la lutte contre les maladies et à la prévention des épidémies mais également dans la lutte contre l'utilisation, la circulation et la vente de médicaments de la rue. Pour ce faire, elle doit être impliquée dans toutes les instances de décision concernant la préservation de sa santé ainsi que dans toutes les actions de sensibilisation, d'information et d'éducation à la santé.

A : L'implication de la population dans la lutte contre les maladies et à la prévention des épidémies.

614. La plupart des maladies ou des épidémies sont liées aux comportements de la population africaine qui, au delà des conditions souvent précaires dans lesquelles elle vit, reste, par manque d'instruction et d'information, toujours attachée à certaines coutumes et pratiques néfastes pour sa propre santé⁷⁴³. A cet effet, la réduction des maladies ainsi que des épidémies ne sera possible que par l'implication de cette population à travers la mise en œuvre d'un bon plan de communication. Le PNDS a beaucoup œuvré au développement de la communication en matière de lutte contre les maladies. Cependant, ces actions n'ont pas atteint les couches les plus exposées aux risques de maladies ou d'épidémies, c'est-à-dire la population pauvre habitant les bidonvilles ou le milieu rural. Pour se faire, les acteurs de santé doivent surtout initier et développer une communication mobile pour aller à la rencontre de la population. C'est dans cette optique que le crédo : « information-éducation-communication » aura tout son sens. A cet effet, des ciné-bus, des véhicules tout-terrain, des équipements divers doivent

⁷⁴³ En milieu rural les habitants creusent des puits dans leurs concessions ou à défaut consomment de l'eau des mares et des rivières où porcs, canards et bétail se désaltèrent en liberté et où se développent les nids d'insectes vecteurs de maladies infectieuses. Pire dans certaines contrées comme la Casamance, il existe des tribus qui enterrent dans les concessions leurs patriarches décédés, côtoyant ainsi les puits. Ce qui constitue un réel danger de contamination éventuelle compte tenu de la nappe phréatique peu profonde de cette zone ainsi que de sa forte pluviométrie.

être mobilisés pour développer cette communication de proximité. L'objectif est d'arriver à couvrir les régions les plus enclavées afin de mettre à leur disposition les informations adéquates dont elles ont besoin. Aussi, l'efficacité de ces actions exige une communication particulièrement dynamique c'est-à-dire qu'il faut sans cesse des va-et-vient permanents entre prospective et rétrospective. Ainsi, une telle exigence conduira à coup sûr, au fil des ans, à la construction d'un véritable système transversal qui facilitera l'exploration de toutes les dimensions de la communication dans son acception la plus large et mettra en exergue les acquis au près de la population. Car en passant de manière permanente, par la presse, l'audiovisuel, la musique, le théâtre, l'exposition, la diffusion, la documentation et les rencontres, on arrivera forcément à relayer le message en faveur de bonnes pratiques d'hygiène et de la prévention afin d'éviter les maladies récurrentes (choléra, paludisme même les VIH).

615. Par ailleurs, cette communication organisée à travers des campagnes destinées à sensibiliser la population sur les questions majeures de santé grâce à l'utilisation des médias tels que les radios, la télévision et le support écrit mais aussi grâce à la mise à contribution des communicateurs traditionnels, les leaders d'opinions (notables, chefs coutumiers ou religieux, etc.), doit cibler les domaines prioritaires, essentiels pour atteindre une santé stable en Afrique. Il s'agit de la promotion de l'allaitement maternel exclusif (AME), de la maîtrise de la fécondité, de la promotion de bonnes pratiques en matière d'hygiène individuelle et collective, de la promotion de la vaccination des enfants et des femmes enceintes contre les maladies cibles du programme élargi de vaccination (PEV) et de la promotion de la consultation prénatale (CPN). Il s'agit aussi de l'assistance à l'accouchement et à la consultation post natale pour les femmes enceintes, de la distribution à base communautaire des moustiquaires imprégnées et autres matériaux dans les zones ciblées, de la campagne de promotion des médicaments essentiels génériques (MEG), de la distribution des médicaments à base communautaire au niveau des zones éligibles dans le cadre de la lutte contre les maladies etc.

616. Décidément, la lutte contre les maladies nécessite l'implication à tous les niveaux. C'est pourquoi nous exhortons les autorités publiques à encourager davantage les professionnels de santé, de l'éducation nationale et d'autres domaines sociaux professionnels ainsi que la communauté à s'impliquer dans la promotion de la santé en les adhérent dans les



instances de décisions. C'est le cas des médecins, pharmaciens ou des responsables de comités d'éducation de la santé, sollicités pour donner un avis ou pour intervenir en proposant des solutions aux problèmes de santé surtout en milieu rural et sub-urbain. Cette priorité, certes, se dégage dans la volonté politique exprimée par les plus hautes autorités du pays, mais sa mise en œuvre tarde à se réaliser. Elle est tout à fait pertinente si l'on tient compte du contexte actuel de la pauvreté. Elle constitue également une réponse efficace à la plupart des maladies notamment les maladies endémo-épidémiques dont elle constitue la stratégie majeure. C'est au niveau de cette stratégie qu'il faut classer tout ce qui est immunisation⁷⁴⁴, mais aussi tout ce qui concerne l'éducation pour la santé, la promotion de bonnes pratiques d'hygiène individuelle et collective, les questions environnementales, l'hygiène alimentaire, la promotion de la participation et de la solidarité communautaire⁷⁴⁵ et la promotion des soins à base communautaire (SBC).

B : L'implication de la population dans la lutte contre l'utilisation, la circulation et la vente de médicaments de la rue.

617. Les médicaments vendus dans la rue atteignent une proportion inquiétante dans les pays du Sud. Ce fléau croissant dans de nombreux pays africains met en danger la santé de la population. La plupart des médicaments de la rue sont de la contrefaçon. Ils sont donc de qualité douteuse et ont un système de conservation défaillant, exposés au soleil ou traînés à longueur de journée à travers les rues polluées des agglomérations par des vendeurs sans scrupule⁷⁴⁶. Malheureusement, ces médicaments ont une grande notoriété auprès de la population grâce à leurs prix abordables. Cependant, en achetant ces produits, les personnes ne se doutent pas des dangers qu'elles encourent. Il faut dire que le médicament n'est pas un produit banal comme les vêtements qu'on pourrait acquérir n'importe où ou utiliser n'importe

⁷⁴⁴ Il s'agit des programmes élargis de vaccinations, des campagnes de masse ou programmes particuliers de type tels que les campagnes contre la rougeole.

⁷⁴⁵ La promotion de la participation et de la solidarité communautaire se manifestent surtout à travers les mutuelles de santé communautaires et les comités de santé.

⁷⁴⁶ Au Sénégal beaucoup de vendeurs et trafiquants de médicaments prohibés exercent en toute impunité leur activité. Ils bénéficient même de soit disant « cartes professionnelles » délivrées par certaines autorités administratives de mauvaise foi pour ne pas dire corrompues.

comment. A cet effet, il est donc du rôle des autorités sanitaires, puisque que les législations adoptées pour combattre ce fléau sont inefficaces, de mener de fortes campagnes de sensibilisation auprès de la population sur les risques de ces médicaments. Ces campagnes sont importantes car la population ignore très souvent le caractère dangereux des médicaments dont ils s'approvisionnent dans la rue ou dans des marchés⁷⁴⁷.

618. En sensibilisant fortement la population, surtout les couches vulnérables, à éviter les médicaments que leur proposent les vendeurs illégaux, on pourra non seulement sauver des milliers de vies mais également combattre le marché illicite de faux médicaments de façon efficace en le mettant en faillite. Certes, ce travail sera de longue haleine car tant que la population restera dans la pauvreté et sans couverture sanitaire, elle aura toujours recours au marché parallèle de médicaments en cas de problème de santé. Malgré tout, il n'est pas question de lâcher du lest. Ainsi, l'information de la population sur les dangers de l'utilisation de ces médicaments doit être pérenne. Cependant, pour que cette information passe, il faut que le message soit non seulement bien émis mais également bien perçu. C'est là où réside la difficulté majeure de l'information dans les pays en développement parce que le niveau d'analphabétisme y est très élevé. En effet, il faut remarquer que partant de ce constat, le niveau de perception de l'information portant sur le caractère dangereux de ces médicaments est très bas car les acheteurs de ces produits illicites n'appréhendent pas à leur juste valeur les dangers encourus. Ils pensent s'en prémunir en vérifiant juste les dates de péremption sur les boîtes.

619. En effet, il convient de préciser que l'implication de la population dans la lutte contre les médicaments de la rue est incontournable mais requiert un minimum d'instruction. C'est par l'éducation que l'individu peut prendre conscience qu'il est le premier garant de sa propre santé et doit la sauvegarder. Un des exemples de la pertinence de l'instruction en matière de combat contre la vente de faux médicaments est le cas de ce citoyen avisé du caractère hautement néfaste de ces produits qui, agacé par la présence quotidienne d'un marchand ambulant, spécialisé dans la vente illicite de produits pharmaceutiques qui s'invitait dans différentes maisons de Yeumbeul (une lointaine banlieue de Dakar) en proposant ses

⁷⁴⁷ Le marché hebdomadaire sous-régional de Diaobé (région frontalière de Kolda) et Keur sérigne bii de Dakar constituent les plus grandes plaques tournantes de vente de médicaments contrefaits ou prohibés au Sénégal.

articles dans une impunité totale, décida d'en découdre avec ce dernier. Il a ainsi procédé à son interpellation⁷⁴⁸. Par ailleurs, malgré son acte hautement symbolique d'un digne citoyen, il se retrouvera en garde à vue pour usurpation de fonction en se faisant passer pour un gendarme en appréhendant ce vendeur de « médicaments de la mort ». On lui a reproché de ne pas avoir les prérogatives pour faire appliquer la loi, car n'étant pas un agent assermenté. Cependant, n'est-il pas un devoir pour tout citoyen de mettre en arrêt immédiat tout vendeur de médicament prohibé ? Certes, nul n'a le droit de se faire passer pour un agent de la police, mais lorsque les circonstances l'exigent, bien sûr que oui. Si ce cas est interdit au Sénégal, par contre en France il est dans certaines circonstances autorisé et pour preuve, on peut se référer à la jurisprudence administrative sur les collaborateurs occasionnels du service public⁷⁴⁹. L'importance à ce niveau est que ce citoyen bien que s'étant retrouvé en garde à vue, a, au moins, permis à la justice d'agir en envoyant en prison un trafiquant de médicaments dangereux pour la santé de la population. On remarque bien que c'est à partir d'un niveau d'éducation assez élevé que le combat contre les faux médicaments devient efficace. Par ailleurs, on comprend aisément à travers cet exemple que derrière cette activité juteuse se cachent de grands cadres de l'administration qui en tirent des bénéfices financiers ou politiques. Sur ce dernier cas, l'exemple de « Keur sérigne bi » est la parfaite illustration. Ce grand marché de commerce illicite de médicaments au cœur de Dakar est resté longtemps intouchable. Malgré, les mouvements de protestations des pharmaciens à cause d'une concurrence déloyale et les interventions des médecins dans la presse sur le danger qu'il constitue pour les patients, l'Etat est resté longtemps sans agir parce que ce marché appartient à une grande confrérie religieuse en l'occurrence la plus convoitée de toutes les autorités politiques sénégalaises. Il a fallu attendre le 28 juillet 2009 pour que le gouvernement prenne définitivement la décision d'interdire la vente de médicaments dans « cette pharmacie à ciel ouvert »⁷⁵⁰.

620. En outre, hormis la sensibilisation de la population aux dangers des médicaments de la rue, les autorités publiques doivent faire usage des moyens exorbitants de la puissance publique dont elles disposent afin de lutter efficacement contre les vendeurs des

⁷⁴⁸ Le journal « le Populaire » du 27 avril 2011, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 27 avril 2011.

⁷⁴⁹ CE Ass., 22 novembre 1946, Commune Saint-Priest-La-Plaine, GAJA n°68.

⁷⁵⁰ En réalité, cette interdiction n'a changé en rien aux activités délictuelles des occupants de ce lieu et il fallu un incendie, ayant ravagé complètement ce lieu le 8 avril 2010, pour mettre fin à la vente de médicaments.

médicaments prohibés. Ces délinquants doivent être punis sans pitié ainsi que leurs complices qui, bien que conscients des dangers qu'ils font courir à la population, semblent ne pas s'en soucier outre mesure car obnubilés par l'appât du gain facile. Il faut aussi une réglementation stricte en matière d'entrée et de vente sur les territoires des pays africains des médicaments. A ce propos, l'idée du Président Jacques Chirac de la mise en place d'une convention internationale de lutte contre les faux médicaments semble être une solution non négligeable⁷⁵¹. L'ancien Président qui a fait de la lutte contre les faux médicaments une de ses priorités a lancé le 12 octobre 2009 à Cotonou sa campagne internationale contre les faux médicaments. S'appuyant sur des données de l'OMS, le Président Jacques Chirac avait indiqué qu'un médicament sur quatre est faux dans les pays en développement et que 200.000 décès pourraient être évités chaque année « si les médicaments prescrits contre le paludisme étaient conformes à la réglementation et capables de traiter réellement la maladie ». C'est pourquoi il a plaidé pour une mise en œuvre, sans délai, des politiques sécurisées d'accès universel à des médicaments de qualité, en cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le Sénégal va entièrement adhérer à cette politique de l'ancien Président français. Selon le Ministre de la santé Modou Diagne Fada, le Sénégal dans sa lutte contre les faux médicaments a signé l'appel de Cotonou au même titre que six autres Etats africains : Bénin, Togo, Burkina Faso, Congo Brazzaville, Niger et le Centrafrique⁷⁵². Mieux le Sénégal, lors de la 63^{ème} assemblée mondiale de la santé tenue à Genève en 2010, a proposé la création d'une agence africaine de contrôle, car pour que soit efficace la lutte contre les médicaments contrefaits, il faut une synergie d'actions, d'interventions et de moyens à travers une structure régionale, donc une coordination régionale pour faire face au fléau des médicaments contrefaits.

621. Par contre, le combat contre la vente des faux médicaments ou médicaments de la rue ne sera efficace que s'il y a une disponibilité permanente des médicaments accessibles financièrement et géographiquement. En effet, sans cette disponibilité, la sensibilisation de la population sur les dangers des médicaments contrefaits au même titre que la répression par la loi des commerçants qui s'y adonnent seront vaines.

⁷⁵¹ Journal Aube Nouvelle du 13 octobre 2009, <http://beningate.net.over-blog.com/article-lutte-contre-les-faux-medicaments-jacques-chirac-donne-la-main-aux-chefs-d-etat-africains>.

⁷⁵² Walfadjiri du 20 mai 2010, consulté sur <http://www.seneweb.com/>, le 22 mai 2010.

622. En définitive, le manque d'éducation favorise la survivance de certaines croyances et entrave ainsi considérablement la mise en œuvre de bon nombre de programmes de santé. Une des vibrantes illustrations est la réticence de certains parents au programme élargi de vaccination suite à certaines rumeurs comme quoi certains vaccins rendraient les enfants stériles. Il en est de même des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des programmes de santé dans le domaine de la reproduction. La planification est difficilement intégrable dans les mœurs de bon nombre de Sénégalais. Certains maris faussent la politique de protection de la santé de la femme par leur refus d'intégrer les méthodes contraceptives. Il y a également la survivance de certaines pratiques comme l'excision ou «le repassage des seins» des jeunes filles dans certains pays. Cette étonnante pratique coutumière du Nord-Ouest du Cameroun⁷⁵³ consiste à faire chauffer un pilon en bois, une pierre ou tout autre ustensile et de l'appliquer ensuite sur la poitrine naissante de la jeune fille. Des procédés variables, avec un seul objectif: ramollir les seins de la jeune fille et les rendre tombants. Ce qui aurait, d'après les parents qui s'y adonnent, le don de repousser les regards concupiscent et les assauts des garçons et d'éviter qu'elle ne devienne une jeune fille frivole.

623. En effet, pour faire face à ces pratiques considérées comme très dangereuses, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique et pour amener la population à intégrer les programmes de santé, une forte campagne de sensibilisation doit être menée. A ce titre, les autorités pour arriver à bout de leurs ambitions doivent s'appuyer sur les communautés. Par ailleurs, pour que le message soit bien perçu les individus vivant dans ces communautés ont besoins d'un minimum d'instruction. C'est-à-dire que c'est seulement à partir de l'éducation que les individus seront amenés à changer leurs comportements et habitudes néfastes, personnelles ou collectives afin de rester en bonne santé. Une population qui a un niveau d'instruction assez élevé est amenée à abandonner beaucoup plus facilement certaines de ses pratiques et à préserver sa santé. Ainsi, on peut aisément affirmer que l'échec de plusieurs programmes de santé en Afrique est lié au niveau d'instruction assez bas de la population. Ce manque d'instruction pousse une grande partie de la population à s'exposer inconsciemment et constamment aux risques pouvant altérer leur santé.

⁷⁵³ Cf, reportage de CNN du 27 juillet 2011.

624. La santé est un objectif prioritaire en tant que tel, de même qu'un élément essentiel du développement économique et de la lutte contre la pauvreté. L'importance qu'il y a à investir dans la santé a été beaucoup sous-estimée, non seulement par les analystes, mais aussi par les gouvernements des pays en développement et par la communauté internationale des donateurs⁷⁵⁴. Le niveau des dépenses de santé dans les pays à faible revenu est souvent insuffisant pour relever les défis sanitaires auxquels ils sont confrontés. Pour se faire, ils doivent mobiliser davantage de ressources internes pour la santé et les utiliser avec plus d'efficacité. Aussi, les Etats dans leur combat pour l'éradication des maladies doivent beaucoup plus investir dans le domaine de la santé génésique y compris la planification familiale et la contraception. L'association lutte contre « maladie/santé génésique » a toutes les chances de se traduire par un recul de la fécondité, une hausse des investissements dans la santé et l'éducation de chaque enfant et un ralentissement de la croissance démographique. Les Etats doivent également consacrer beaucoup d'efforts en matière de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose, les maladies infectieuses de l'enfant⁷⁵⁵, des pathologies maternelles et périnatales, des maladies liées au tabac et aux carences en micronutriments etc. En effet, ce sont, en grande partie, ces fléaux qui sont responsable du bilan sanitaire négatif en Afrique. Par ailleurs, des programmes bien ciblés pourraient permettre de réduire ces pathologies à défaut de les éradiquer totalement.

625. Également, l'atteinte des objectifs de santé en Afrique passe obligatoirement par l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé, parce que malgré

⁷⁵⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « macroéconomie et Santé : investir dans la santé pour le développement économique », Rapport de la Commission Macroéconomique et Santé : décembre 2001, p. 18.

⁷⁵⁵ Selon le professeur Saliou Diouf directeur de l'Institut de Pédiatrie Sociale de Pikine, beaucoup de maladies infectieuses des enfants peuvent être évitées par la simple vaccination. Mais, les préjugés sont tels que les femmes acceptent de moins en moins d'amener leurs enfants pour les faire vacciner (entretien qu'il m'a accordé le 14 janvier 2011 à la Faculté de Médecine de l'Université de Dakar).

les différentes campagnes de sensibilisation, rien n'empêche la population à avoir recours à cette médecine en premier lieu. Cette pratique n'est en soit pas inutile, mais manque de contrôle et de suivi. Ainsi, une bonne collaboration entre cette médecine et celle dite moderne peut aider la population à bénéficier d'une offre de soins satisfaisante. De même, sa réglementation permettra non seulement de distinguer les vrais guérisseurs des faux mais également d'éviter à la population d'encourir les risques émanant de cette médecine envahie par des individus sans scrupule motivés par l'appât de gain.

626. Il faut ajouter que l'atteinte des objectifs de santé nécessite également un minimum d'instruction. L'éducation pour la santé passe avant tout par la scolarisation. Celle-ci donne un certain niveau de compréhension et de perception à l'individu lui permettant d'adopter un cadre de vie sain et à s'impliquer dans les actions de lutte contre les maladies et pratiques dangereuses pour la santé. C'est dire que la sensibilisation que tout le monde prône ne sera efficace que si la population est suffisamment scolarisée car l'impact de cette sensibilisation varie suivant le niveau d'instruction de la population. Par ailleurs, puisque les pays africains ont du mal à résoudre⁷⁵⁶ l'analphabétisme chronique de leurs populations, les autorités publiques feraient mieux de mettre en place une campagne de sensibilisation plus adaptée aux réalités sociales et linguistiques locales⁷⁵⁷.

627. En outre, afin de relever le défi de la santé, les Etats africains doivent s'inscrire dans le processus de développement de certains domaines prioritaires à savoir l'éducation, le renforcement des infrastructures de base, la prévention des conflits et l'agriculture en général. Celle-ci est indispensable pour lutter contre la pauvreté, premier élément qui altère la santé de la population en Afrique.

⁷⁵⁶ Le taux d'analphabétisme, grâce aux efforts consentis par les autorités avec l'appui des organismes internationaux tel que l'UNICEF, est en train de baisser surtout chez les filles. Mais on est très loin du taux des pays du Nord qui pour la plupart ont une scolarisation obligatoire jusqu'à 14 ou 16 ans.

⁷⁵⁷ La promotion des langues nationales et leur enseignement à l'école sont un atout de taille des pays en développement pour faire face aux problèmes d'accès à l'information et à la sensibilisation.

628. Pour assurer une meilleur adéquation entre l'offre et la demande de santé et aussi pour une bonne répartition des ressources du secteur aussi bien financières qu'humaines mais aussi pour une approche efficace des problèmes de santé, une coordination des efforts de tous les acteurs qui contribuent directement ou indirectement à l'action sanitaire est nécessaire. Toujours dans le souci d'améliorer l'offre de soins, il nous semble judicieux que plus d'efforts soient fournis pour permettre de bénéficier réellement de l'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). A ce propos le développement et la vulgarisation de la télémédecine seraient à encourager car ils participent à favoriser la collaboration entre des professionnels parfois éloignés géographiquement mais aussi à permettre un accès plus large de la population aux soins. Il faut également une revalorisation des infrastructures sanitaires. Cela demande forcément la nécessité de revoir avec beaucoup d'intérêt la carte sanitaire par ce que dans un esprit d'éthique et de justice tous les citoyens ont droit aux soins.

629. Par ailleurs, puisque la médecine moderne ou conventionnelle à elle seule n'arrive pas à couvrir les besoins sanitaires de la population africaine, son accompagnement par la médecine traditionnelle devient alors nécessaire. Il faut donc reconnaître que l'accompagnement de cette médecine par la médecine traditionnelle est une condition « sine qua non » de la réussite de l'offre de soins en Afrique. Même s'il n'est pour le moment pas possible comme avait fait la Chine d'intégrer l'enseignement de cette médecine dans les systèmes éducatifs voire universitaires, sa réglementation par contre est aujourd'hui possible. Ainsi, l'amélioration de l'accès aux soins au Sénégal comme pour la plupart des pays africains passera forcément par l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé et sa collaboration avec la médecine moderne. En effet, cette réglementation à travers la mise en place d'un cadre juridique permettant d'une part de rationaliser les

pratiques traditionnelles de soins de santé, et d'autre part, d'assurer la qualité de la responsabilité médicale dans le domaine de la médecine traditionnelle permettra, au-delà de l'amélioration de l'accessibilité aux soins, de créer des emplois et de la valeur ajoutée à travers le développement des plantes pharmaceutiques exportables. Elle permettra aussi par la valorisation de ce patrimoine socioculturel africain, d'enrichir l'arsenal thérapeutique moderne en matière de prise en charge des patients ainsi que de partager avec la communauté internationale le savoir traditionnel africain.

630. En effet, la santé étant un investissement productif, il n'y aura pas de développement d'un Etat sans une bonne santé de sa population. Forts de cela, les Etats africains et leurs partenaires au développement doivent avoir à l'esprit non seulement la précarité du système de santé actuel du continent mais également le fort taux d'analphabétisme qui ne permet pas l'appropriation par la population des politiques de santé. Il faut, en effet, signaler que la prévention ne pourra pas se développer si ses bénéficiaires que sont les citoyens sont analphabètes. C'est pourquoi le volet « éducation-formation » de la population par le biais des langues nationales demeure une solution alternative qui doit être pris en compte dans tout programme de développement sanitaire.

CONCLUSION GENERALE

631. Le droit aux soins est aujourd'hui reconnu à tout patient. C'est pourquoi tout système de santé doit reposer sur une bonne organisation de l'offre de soins tant du point de vue de l'espace que de la qualité du service. Pour répondre à cette exigence, les interventions de l'Etat dans le domaine sanitaire ont pris une grande importance en Afrique. Ainsi, on a noté d'importants mouvements de réformes, tant sur le plan institutionnel que sur le plan financier. Pour sa part, l'Etat du Sénégal, a adopté de nombreux programmes de santé et initié de multiples réformes dont le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) et la réforme hospitalière de 1998 pour ne citer que ceux-ci. Effectivement, pour atteindre ces objectifs, l'Etat a non seulement renforcé ses actions dans le domaine de l'offre publique de soins mais également consacré une partie importante de la législation à l'implication du secteur privé ainsi que de la population dans sa politique de santé.

632. Les efforts ont certes été faits et sont en train d'être poursuivis en matière d'offre de soins. Par ailleurs, le constat général est que la population souffre toujours de l'inaccessibilité aux soins. On a bien constaté que le domaine hospitalier qui assure en grande partie l'offre de soins a connu à partir de 1998 un changement en profondeur grâce à la transformation des hôpitaux en établissements publics de santé hospitaliers dotés d'une autonomie de gestion administrative et financière. Cependant, il faut rappeler que les objectifs de cette réforme qui étaient de régler les problèmes que rencontrent les établissements hospitaliers, ou du moins de les réduire n'ont pas aboutis car le constat reste le même, bien qu'on remarque quelques améliorations. La dégradation alarmante de l'état des infrastructures hospitalières et de leur mauvaise gestion persistent toujours. Ce fléau peut donc se justifier par la congestion des grands hôpitaux devant l'explosion démographique des métropoles, l'insuffisance de prise en charge des urgences, la défection sanitaire des campagnes, par l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins liée à l'absence totale d'étude

épidémiologique, par la dégradation des locaux, par le manque de matériels, de médicaments, de consommables et par le mauvais entretien des équipements mais aussi par l'insuffisance des ressources humaines. Il s'explique aussi par l'utilisation d'un système de tarification aléatoire et d'une impossibilité à dégager des capacités d'investissements. A ceux-ci, s'ajoutent, le « laisser aller » des personnels de santé qui sont rarement sanctionnés des fautes qu'ils commettent, mais également de l'absence d'un réel système de protection sociale, ce qui ne simplifie pas les choses.

633. En effet, vue l'état de l'hôpital sénégalais, on peut se poser la question de savoir s'il est vraiment pertinent d'attribuer l'autonomie de gestion aux structures qui, non seulement ne disposent pas de plateaux techniques et de ressources humaines et matérielles pouvant répondre aux exigences de la loi sur la réforme, mais aussi, n'arrivent pas à tenir de véritables budgets, encore moins à couvrir une partie importante de leur recette et qui n'ont qu'une connaissance limitée de leur activité médicale. Nous pensons que l'Etat est allé vite en besogne. L'idée de transformer les hôpitaux en établissement de santé n'est pas mauvaise en soi car elle permet une grande responsabilisation de l'hôpital et de son personnel et incite une concurrence entre établissements pouvant aboutir à la performance des hôpitaux du point de vue de la qualité des soins et de la prise en charge des patients ainsi qu'une bonne gestion financière des affaires hospitalières, mais l'Etat n'a pas pris le temps de former les autorités hospitalières à la gestion de leurs nouvelles responsabilités. De plus, l'échec de ces politiques est dû au fait que les Etats du Sud prennent l'habitude de transposer presque les mêmes systèmes existant dans les pays développés, sans pour autant se donner les moyens de leurs ambitions. Ce qui fait que beaucoup de réformes engagées sont réduites à une simple apparence.

634. Par ailleurs, des solutions pour la généralisation de l'offre de soins à toute la population existent même si les atteindre n'est pas une tâche facile. Le premier des combats à mener est que les pays du Sud s'investissent dans leur propre développement tout en adhérant à chacune de leur action de la « bonne gouvernance ». En réalité, la facilité d'accéder aux soins varie suivant les Etats, en fonction de leur pouvoir financier. Si des pays comme la France ont fait du droit aux soins une réalité plus qu'une fiction c'est en partie lié à leur niveau de développement et aussi à leur bonne politique sociale offrant la possibilité à tous de

se soigner sans discrimination. C'est dire que l'accès aux soins n'est pas garanti à la seule condition du développement d'un état, il faut également une réelle volonté politique sur le plan social. Pour s'en convaincre prenons l'exemple des Etats-Unis, première puissance mondiale, où plus de 20% de la population n'ont aucune couverture sociale et par ricochet n'ont pas accès aux soins⁷⁵⁸. D'autres pays sous développés comme Cuba, ont une très bonne couverture sanitaire. Ce pays dispose, en effet, d'installations sanitaires de qualité, ainsi, pour se prémunir de la difficulté d'approvisionnement en médicaments, il a intégré la médecine traditionnelle dans son système de santé. Dès lors, la structure cubaine de l'offre de soins se traduit par des soins accessibles à tous et gratuits à l'exception des médicaments de premières lignes. Ainsi, la gratuité des soins à Cuba en tant que cheval de bataille du système de santé est une réussite malgré les péripéties qu'il a connu (dictature de Fidel Castro, embargo américain etc.), ce qui devrait fortement inspirer les autres pays du Sud.

635. En effet, les pays du Sud après avoir réglé le problème de leur propre sous développement doivent, s'ils veulent endiguer leurs difficultés à assurer l'offre de soins, résoudre d'abord les problèmes qui sont à l'origine de l'altération de la santé de la population. Il s'agit de vaincre la pauvreté et l'analphabétisme de leur population et d'assurer à cette dernière un cadre de vie décent par l'accès à l'eau potable, aux logements salubres, à l'emploi et aux crédits permettant de développer l'auto-entrepreneuriat et de disposer de ressources suffisantes pour faire face aux problèmes de santé. En réalité, une population bien instruite et riche, bénéficiant d'infrastructures sociales de qualité est moins exposée aux risques de maladies qu'une population pauvre, dépourvue de toutes infrastructures sociales dignes de ce nom. C'est pour cette raison que l'OMS dans sa définition de la santé déclare que celle-ci ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité mais également un état de complet bien-être physique, mental et social. En effet, seul le développement du volet préventif en tant que soubassement de la politique de santé peut permettre aux Etats d'arriver à bout de leurs efforts.

⁷⁵⁸ Seneweb News dans sa parution du mercredi 22 juin 2011 nous rapporte une histoire inédite d'un américain de 59 ans James Verone, qui affirme avoir braqué une banque dans le seul but de se faire arrêter et d'obtenir ainsi une bonne couverture santé. Etant gravement malade (il a deux disques fracturés et une excroissance à la poitrine), sans emploi et sans assurance maladie, M. Verone a eu échos que dans l'Etat de Caroline du Nord, (où il va commettre son forfait), le règlement pénitentiaire affirme que « *personne ne se verra refuser l'accès à des soins médicaux, qu'il ait de l'argent ou non* ». En procédant ainsi, il affirme avoir fait un choix « logique » pour son propre bien-être: « *je suis plutôt un homme logique, et c'est tout ce qui m'est venu à l'esprit* ».

636. En effet, dès que les pays du Sud parviennent à résoudre les principaux problèmes à l'origine de l'altération de la santé de la population en l'occurrence la pauvreté, l'analphabétisme, l'inaccessibilité à l'eau potable, au logement adéquat, à l'alimentation saine...; ils feront facilement face aux problèmes d'accès aux soins. Tout de même pour ce dernier cas des solutions beaucoup plus réalistes, au-delà de l'aspect préventif que nous venons de relater, peuvent être envisagées. Ainsi, sur le plan des infrastructures sanitaires, les Etats doivent consacrer leurs efforts à la construction d'établissements peu nombreux mais bien répartis à travers le pays et disposant de plateaux techniques aptes à répondre à tous les besoins de la population. Aussi, des services de soins doivent être créés, équipés et adaptés en fonction des pathologies qui sévissent le plus dans telle ou telle zone. Cet aspect peut être une solution pour palier au refus des spécialistes d'aller servir dans les régions reculées. Car, un médecin formé et qui est conscient que le service correspondant à sa spécialité se trouve ailleurs qu'à Dakar acceptera sans difficulté de se rendre dans le lieu où se trouve le service de sa spécialité quitte à ce que cela soit dans une zone reculée. Un accent particulier doit également être mis sur la formation du personnel soignant sur l'éthique de leur profession ainsi que sur la formation du personnel administratif qualifié dans le domaine de la santé.

Concernant la formation du personnel soignant sur l'éthique de leur profession, il faut rappeler qu'elle est très importante car elle permet non seulement aux praticiens de mieux valoriser leur profession mais également de prendre conscience des lourdes responsabilités qui peuvent résulter de l'exercice de leur fonction. C'est là que le rôle du juriste de la santé est primordial. Si les pays en développement n'ont pas les moyens de rendre l'offre de soins comme il se doit, en revanche la bonne formation de leurs praticiens au respect des principes déontologiques peut permettre de rendre cette offre appréciable, en parfaite adéquation avec le comportement de la société. Le soignant en développant une bonne relation avec son patient augmente ses chances de guérison, car souvent le patient n'a pas forcément besoin de soins mais de la psychothérapie. Il a besoin en saisissant un agent de santé de confident, de conseils et d'assurance. Ainsi, une bonne interaction thérapeutique peut non seulement augmenter les chances de guérison du patient mais également être pour le soignant, une occasion privilégiée de faire un minimum d'«éducation à la santé».

Concernant la formation du personnel administratif qualifié dans le domaine de la santé, il faut dire qu'elle est indispensable car elle permet non seulement de faire face à l'amateurisme dont la gestion du secteur public de santé fait l'objet mais aussi de faire face au sous-emploi

du personnel de santé. Ce sous-emploi aussi improbable que cela puisse paraître, concerne le plus souvent le personnel soignant qualifié, en l'occurrence les grands médecins. Ceux-ci au lieu d'aller pratiquer leur art dans les établissements de santé sont amenés à exercer des fonctions administratives. On remarque ainsi avec beaucoup de regret que les postes administratifs les plus importants du ministère de la santé sont occupés par des docteurs et des professeurs en médecine et non par des spécialistes de la gestion, de la planification et de la préparation des budgets. Or, affecter des médecins à des tâches administratives signifie qu'il n'est pas fait appel à leurs compétences médicales. Leurs aptitudes à régler les problèmes médicaux ne sont pas exploitées comme elles devraient l'être alors que le pays ne dispose pas d'un nombre suffisant de médecins spécialistes. En réalité, ces derniers, en raison de leur prestige et de leurs connaissances sont amenés à assumer des tâches dont ils sont rarement en mesure de s'acquitter de manière satisfaisante. En effet, la formation de vrais spécialistes dans le domaine de l'administration sanitaire accompagnée d'une réelle volonté des autorités permettrait non seulement de gérer efficacement le secteur de la santé mais aussi de décharger ces grands médecins de leurs fonctions administratives. Ces derniers n'ayant suivis aucune formation en gestion d'affaires, devraient donc reprendre leur stéthoscope et retourner soigner les patients à l'hôpital. C'est là où leur rôle s'avère pertinent.

637. L'aspect soins de santé primaires a été également évoqué dans cette étude. Les soins de santé primaires souffrent du manque de personnel au niveau des structures qui l'assurent mais également de médicaments.

La solution est d'abord de doter les structures sanitaires de base de personnel suffisant. Pour se faire, des réseaux d'agents de village ou d'agents de santé communautaires⁷⁵⁹ sur le modèle des « docteurs aux pieds nus » dont la Chine a si bien usé pour étendre la portée géographique des soins de santé, doivent être développés. Ces programmes donnent des résultats relativement satisfaisants lorsque le rôle d'intermédiaire que jouent les agents entre la collectivité et le système de santé est clairement défini, et lorsque les agents en question bénéficient de l'appui manifeste des centres de santé, ainsi que d'une bonne formation. C'est

⁷⁵⁹ Les programmes d'agents sanitaires de village visent à fournir des soins de santé dans les régions non desservies tandis que les programmes d'agents de santé communautaires ont essentiellement pour objet d'encourager le développement communautaire et reposent sur une conception plus globale de la santé qui recouvre des opérations comme la mise en place de systèmes d'approvisionnement en eau salubre, en médicaments et en ressources financières pour le fonctionnement et l'équipement de l'établissement sanitaire de base.

ce qui se passe au Lesotho, où plus de 4000 agents sanitaires de village formés ont bénéficié de l'appui des conseils de développement locaux, au Zimbabwe plus de 6000 agents de santé communautaires sont rémunérés en tant qu'agents du développement général et en République Démocratique du Congo, les agents de santé communautaires sont choisis par les collectivités pour servir d'intermédiaire avec l'établissement sanitaire. Il en est de même au Kenya, en Tanzanie, et en Somalie⁷⁶⁰. En effet, la contribution des agents sanitaires de village ou des agents de santé communautaires en matière de soins de santé primaires par leurs actions à la prévention, à la planification et à la gestion des services de santé est un fait établi dans ces pays et doit fortement inspirer le Sénégal⁷⁶¹.

Au-delà de cet aspect, de réelles politiques de décentralisation en matière sanitaire doivent être adoptées pour permettre à tous d'accéder aux soins⁷⁶², d'où la nécessité, entre autres, d'un réaménagement de la carte sanitaire. Un tel réaménagement permettra non seulement un droit de regard de l'autorité locale mais également l'enrayement des connotations politiques qui colorent dans la plupart des cas la gestion administrative des structures de santé. En effet, la population bénéficiaire des services de santé a le droit de participer à la définition des politiques de santé. Pour se faire, elle a besoin d'une formation dans le domaine de la gestion des affaires sanitaires et sociales. C'est seulement en ce sens que l'approche participative peut aider à aborder des questions stratégiques avec facilité. Cette approche doit cependant s'instaurer dans une confiance mutuelle entre l'Etat et la population afin d'aboutir à un vrai consensus en matière de politique sanitaire au niveau local.

⁷⁶⁰ Banque Mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique*, op. cit., p. 63.

⁷⁶¹ En réalité, il existe au Sénégal des programmes d'agents de santé communautaires pour suppléer le manque de personnel de santé dans les zones reculées. Cependant, ceux-ci n'ont pas fonctionné de manière satisfaisante car leurs rapports avec le système de santé et avec les collectivités locales étaient flous. En plus, ils n'ont pas bénéficié d'une formation pouvant leur permettre d'assurer correctement les soins de santé primaires. Egalement, la contribution qu'auraient pu avoir les agents de santé communautaires a été limitée par l'absence d'un appui et d'une supervision systématiques de la part de l'Etat.

⁷⁶² La décentralisation conçue pour faciliter la participation de la population locale aux prises de décisions par l'initiative de base dans le domaine de la planification et de l'administration du développement de la santé, s'est avérée jusqu'à présent inefficace à cause du manque notoire de ressources des structures décentralisées. Ces structures dépendent en grande partie des subventions de l'Etat pour le financement de leur fonctionnement et de leur équipement. Les recettes provenant de la vente des tickets et des médicaments ne servant quant à elles qu'à l'approvisionnement en médicament. En plus, le transfert des compétences en matière de santé aux collectivités locales ne s'est pas accompagné de programmes de formation des nouvelles autorités sanitaires locales, ce qui a créé fatalement un dysfonctionnement dans la gestion des services locaux de santé.

En ce qui concerne le problème d'accès aux médicaments, des solutions autres qu'avoir recours à ceux des firmes pharmaceutiques occidentales doivent être recherchées. Il faut rappeler que le Sénégal, d'ailleurs comme tous les pays du Sud, face au monopole du marché du médicament par les puissances capitalistes, a très peu de chance d'assurer l'accès aux médicaments à la population. Ce secteur pris en otage par le capitalisme occidental est devenu un commerce très lucratif, jalousement monopolisé par les grosses firmes pharmaceutiques. Ainsi, la course vers la découverte de nouvelles molécules et de nouveaux vaccins et leur protection par des brevets en est une vibrante illustration. Effectivement, la vocation du médicament qui était initialement de guérir ou de soulager le malade, est devenue un simple objet de commerce exploité très souvent sans aucune préoccupation humanitaire⁷⁶³. Cette emprise du capitalisme se voit surtout avec la remise en cause de la sécurité sanitaire. Le principe de précaution qui doit s'imposer est bafoué en vertu d'un amour immodéré de la plus-value. La vibrante illustration est le nouveau cas des implants mammaires PIP et comme ce fût le cas également avec le médiateur qu'Alice Gascon qualifie, d'ailleurs, de « *délit de tromperie* »⁷⁶⁴. Les pays en développement ne sont pas épargnés et deviennent dès lors le sanctuaire d'essais cliniques de vaccins ou de médicaments nouvellement découverts⁷⁶⁵. Face aux débordements de cette industrie, Bernard Debré a raison, en lançant un appel solennel aux autorités occidentales, de dire qu'« *il faut moraliser les laboratoires pharmaceutiques* »⁷⁶⁶. Ainsi, la politique de l'OMS d'intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé

⁷⁶³ La maladie est devenue un énorme « business », une activité lucrative nécessaire au bon fonctionnement de l'économie. Ainsi, plus 35 millions de personnes vivent dans le monde du commerce de la maladie. Les besoins en médicaments, en vaccins sont des enjeux économiques colossaux. On estime à 2 985 milliards de dollars les dépenses de santé dans le monde, soit près de 8 % du PIB mondial. L'essentiel de ce « commerce » et de ces dépenses est le fait des pays du Nord ; les pays du Sud n'intervenant que pour 11 % de ces dépenses. Dans le cadre des lois de l'économie mondialisée, les peuples du Sud auraient droit à la santé comme à tout le reste : s'ils sont capables de payer.

⁷⁶⁴ Alice Gascon, « L'affaire du médiateur vue par le droit pénal », *Revue droit et Santé, les Études Hospitalières*, n° 40, mars 2011, p. 107 et s.

⁷⁶⁵ Entre 1990-1995 la population de Niakhar a été abusée par l'Orstom et par Pasteur Mérieux sérums et vaccins, en collaboration avec l'Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement (IRD), le CDC (Center of Disease Control, Etats-Unis), l'Université Cheik Anta Diop (Sénégal) et l'Institut Pasteur (France), qui voulaient expérimenter sur des êtres humains un nouveau vaccin contre la coqueluche. Dans une zone où cette maladie est endémique et où la population est analphabète pour la plupart, obtenir l'assentiment de la population pour un essai vaccinal ne pose aucun problème. Cet essai qui visait à évaluer l'efficacité et la meilleure tolérance d'un nouveau vaccin contre la coqueluche a été mené en double insu, ni le médecin ni le patient ne connaît les conséquences du traitement administré. Ainsi, beaucoup d'enfants ayant participé à cet essai ont eu des séquelles diverses résultant de celui-ci.

⁷⁶⁶ Propos recueillis lors de sa participation au débat sur Sud radio le 25 octobre sur le prix des médicaments en France et l'influence des laboratoires pharmaceutiques sur les médecins favorisant la surconsommation inutile du médicament.

des pays en développement peut être une bonne solution pour arriver à bout des difficultés d'accès aux médicaments. L'efficacité pharmacologique de cette médecine n'est plus à démontrer même si son efficacité thérapeutique fait l'objet de débats par le fait qu'elle n'est pas scientifiquement quantifiable. L'intégrer dans les systèmes africains de santé pourrait, grâce aux chercheurs, botanistes et médecins qui y investissent en collaboration étroites avec les tradithérapeutes, régler définitivement le problème d'accès aux médicaments.

638. En définitive, si effectivement de toutes les inégalités, la plus blessante est l'inégalité devant la santé comme le disait le président Jacques Chirac, l'accès aux soins doit être un vrai droit fondamental pour toute société. C'est pourquoi notre étude s'inscrit dans une révolution sans le « R » (évolution) des systèmes africains de santé. Nous optons pour un ferme engagement de l'Etat secondé par le privé et les collaborateurs extérieurs en l'occurrence les puissances occidentales. En effet, tant que des maladies sévront dans ces pays pauvres qui n'arriveront pas à les prendre en charge faute de moyens, de médicaments et de structures sanitaires adéquates, les puissances occidentales ne seront pas épargnées des conséquences de ce fléau. Pour preuve, par la voie de l'immigration nombreux sont des peuples de ces pays du Sud souffrant de cancer, d'insuffisance rénale, de diabète etc., qui parviennent à entrer illégalement en Europe dans le seul but de se faire soigner gratuitement d'où le tourisme médical Nord-Sud ou la prolifération de demandes de titres de séjour malade. Et comme la toxicomanie occidentale est, en grande partie, la résultante de la misère et de la guerre civile de Colombie ou du Triangle d'or, tant que l'Europe ne composera pas avec les pays du Sud, elle continuera à supporter longtemps le fardeau de certaines maladies comme le VIH/Sida qui ne connaissent pas de frontière, tout comme le fardeau de l'immigration sanitaire illégale.

639. En réalité, l'offre de soins de santé de qualité n'est-elle pas une conséquence d'un certain développement durable, qui à son tour s'appuie sur les politiques locales de développement ? Egalement, puisque qu'une majeure partie de la population n'a pas accès aux soins, existe-il un droit à la santé au Sénégal ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GÉNÉRAUX.

- BRACONNIER Stéphane, *Droit des services publics*, 2^{ème} édition, Thémis 2007.
- CHANTEBOUT Bernard, *Droit constitutionnel*, 28^{ème} édition, Sirey 2011.
- CHARVIN Robert, *Droit de la protection sociale*, L'Harmattan 2007.
- DE GAUDUSSON Jean Dubois, *L'usager du service public administratif*, LGDJ, 1974.
- DIOP Abdoulaye Bara, *La famille Wolof : tradition et changement*, Karthala 1985.
- DURKHEIM Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, PUF 1937.
- GICQUEL Jean et GICQUEL Jean-Éric, *Droit Constitutionnel et institutions politiques*, 24^{ème} édition, Montchrestien 2010.
- HAURIOU Maurice, *Précis de droit constitutionnel*, Sirey, 2^{ème} édition, 1929.
- LEBRETON Gilles, *Libertés publiques et droits de l'homme*, 8^{ème} édition, Sirey 2008.
- RIVÉRO Jean et WALINE Jean, *Droit administratif*, 21^{ème} édition, Dalloz 2006.
- ROULAND Norbert, *L'anthropologie juridique*, Que Sais-je?, PUF 1995.
- SY Demba, *Droit administratif*, Éditions du CREDILA 2009.
- TERRÉ François, SIMLER Philippe et LEQUETTE Yves, *Droit civil : les obligations*, Dalloz 2009, 10^{ème} édition.

OUVRAGES SPÉCIAUX.

- ALLAL Patrick, FRAISSEIX Patrick, CABAL Marie Françoise Guilhemsans et SAILLARD Marie Ordile, *Droit hospitalier, Etablissements de santé, institutions sociales et médico-sociales*, PUF 2003.
- AUBY Jean-Marie, *Le droit de la santé*, Thémis 1981.
- BEIGBEDER Y., *L'organisation mondiale de la santé*, Que sais-je?, PUF 1997.
- BÉLANGER Michel, *Introduction à un droit mondial de la santé*, AUF, Éditions les archives contemporaines 2009.
- BONNICI Bernard, *La politique de santé en France*, Que sais-je?, PUF, 2011.
- CADEAU Emmanuel, *Le médicament en droit publique*, l'Harmattan 2000.

- CARRICABURU Danièle et MÉNORET Marie, *Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.
- CLÉMENT Jean Marie, *Les grands principes du droit de la santé*, Éditions les Études hospitalières, 2005.
- COMITI Vincent-Pierre, *Histoire sanitaire et sociale*, Que sais-je ?, PUF, 1997.
- MESANGE Christian : Patrimoine Hospitalier d'Afrique, Egypte-Maroc-Sénégal-Bénin, Riveneuve Éditions 2010.
- GROSIEUX Patrick, *Principes de précaution et sécurité sanitaire*, Éditions Presse Universitaire d'Aix-Marseille 2003.
- CROUZATIER Jean Marie, *Droit international de la santé*, AUF, Éditions des archives contemporaines 2009.
- DEMICHÉL (A), *Le droit de la santé*, Éditions les Études hospitalières 1999.
- DE KERVASDOUE Jean, *L'hôpital*, Que sais-je ?, PUF 2007.
- DE FORGES Jean-Michel, *Le droit de la santé*, Que sais-je ?, PUF 2010.
- DUGUET Anne Marie, *La faute médicale à l'hôpital*, 2^{ème} édition, Berger Levrault 2000.
- DUPEYROUX Jean Jacques, BORGETTO Michel, LAFORE Robert, *Droit de la sécurité sociale*, 16^{ème} édition, Dalloz 2008.
- DUPONT Marc, ESPER Claudine et PAIRE Christian, *Droit hospitalier*, 8^{ème} édition, Dalloz 2009.
- DUPONT Marc, ESPER Claudine et PAIRE Christian, *Droit hospitalier*, 4^{ème} édition, Dalloz 2003.
- DUROUSSET Jean Loup, *Le privé peut-il guérir l'hôpital ?*, Éditions Nouveaux débats publics, 2010.
- Don de Savigny, KASALE Harun, MBUYA Conrad, et REID Graham, *La réforme du système de santé*, Éditions du Centre de Recherche pour le Développement International 2004.
- FASSIN Didier, *Pouvoir et maladie en Afrique, Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, PUF 1992.
- GROLIER Jacques, *Le financement des hôpitaux publics*, Éditions de l'ENSP, 1998.
- IMBERT Jean, *Les hôpitaux en France*, 7^{ème} édition, Que sais-je ?, PUF 1996.
- KERHARO J. et ADAM J.-G, *Pharmacopée sénégalaise traditionnelle, plantes médicinales et toxiques*, Paris, Éditions Vigot et frères, 1974.

LAMBERT-FAIVRE Yvonne, *Droit du dommage corporel: Systèmes d'indemnisation*, Sirey 2011.

L'HUILLIER Jean Marc, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 4^{ème} édition, ENSP 2007.

LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand et TABUTEAU Didier, *Le droit de la santé*, 2^{ème} édition, Thémis 2009.

LETEURTRE Hervé et QUARAUTA Jean François, *La qualité des soins médicaux*, Que sais-je? PUF 1999.

MAUGÛE Christine et THIELLAY Jean Philipe, *La responsabilité du service public hospitalier*, LGDJ, 2010.

MOREAU Jacques, TRUCHET Didier, *Droit de la santé publique*, 6^{ème} édition, Dalloz 2004.

MBENGUE Mouhammad Fatih, *Déchets biomédicaux en Afrique de l'Ouest, problèmes de gestion et esquisses de solution*, Éditions Institut Africaine de Gestion Urbaine (IAGU), 1999.

MÉMETEAU Gérard, *Cours de droit médical*, 4^{ème} édition, les Études Hospitalières, 2011.

MONTADOR (J), *La responsabilité des services publics hospitaliers*, Berger-Levrault 1973.

MOREAU Jacques, TRUCHET Didier, *Droit de la santé publique*, 6^{ème} édition, Dalloz 2004.

MORELLE Aquilino, TABUTEAU Didier, *La santé publique*, Que sais-je ?, PUF 2010.

MOQUET-ANGER Marie-Laure, *Le statut des médecins hospitaliers publics*, PUF, 1994.

NICOUD Michel Angelloz, *La gestion financière de l'hôpital public*, Berger Levrault 2004.

PALLIER Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, Que sais-je ?, PUF 2010.

PONCHON François, *Les droits des patients à l'hôpital*, Que sais-je?, PUF 1999.

PORTES Louis, *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Éditions Masson-PUF, 1954.

ROSSINI Éric, *Les établissements de santé privés à but non lucratif, étude juridique*, LGDJ-EJA 1992.

RONZIRE Nathalie, PATRELLE Irène, QUARANTA Jean François, LETEURTRE Hervé, *La qualité hospitalière*, 2^{ème} édition, Berger Levrault 1999.

SEGADE Jean Paul, *La contractualisation à l'hôpital*, Masson, 2000.

SAUVAT Christophe, *Réflexion sur le droit à la santé*, Collection du Centre Pierre Kayser, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, 2004.

STINGRE Didier, *La fonction publique hospitalière*, Que sais-je?, PUF 1999.

STINGRE Didier, *Le service public hospitalier, Que sais-je?*, PUF 2010.

TABUTEAU Didier, *La sécurité sanitaire*, 2^{ème} édition Berger Levraut 2002.

TRUCHET Didier, *Droit de la santé publique*, 7^{ème} édition, Dalloz 2009.

VIDAL Laurent : *Ritualité, santé et sida en Afrique : pour une anthropologie du singulier*, Edition Karthala, 2004.

VIGNERON Emmanuel, *Les inégalités de santé dans les territoires français, état des lieux et voies de progrès*, Éditions Masson 2011.

VOGEL Gaston, *Les grands principes du droit médical et hospitaliers*, Éditions Promoculture 2001.

ARTICLES.

AGBODJAN Têtèvi Dodzi, « Le droit de la santé en Afrique Subsaharienne : vers des soins communautaires et ou une assurance maladie », Centre d'Etude sur le Droit International et la Mondialisation (CEDIM), <http://www.cedim.uquam.ca>, 2002.

AGUEMON Sikiratu, « Le contentieux du consentement de la victime en matière médicale : les données et la solution d'un problème complexe », *Droit et Santé en Afrique*, Actes du Colloque international de Dakar, 28 mars-1^{er} avril 2005, Les Études Hospitalières.

BADJI Mamadou, « Les rapports entre le pouvoir médical et l'Administration dans les anciennes colonies de l'AOF : l'exemple du Sénégal (1904-1960) », in *Revue Générale de Droit Médical, Pouvoir, santé et société*, hors série, novembre 2006.

BACHAND Rémi et LAMARCHE Lucie, « Le droit à la santé et la lutte contre la pauvreté en Afrique », Centre d'Etude sur le Droit international et la mondialisation (CEDIM), <http://www.cedim.uquam.ca>, 2002.

BEIGBEDER Yves, « Stratégie de la santé pour tous selon l'OMS », Colloque CRDSS-AFDS du 27 novembre 1998 : *la France à l'OMS. La protection internationale de la santé aujourd'hui, hier et demain, cinquantième de l'organisation mondiale de la santé*, *Revue générale droit médicale* n°1.

BECKER Charles, « L'état de la codification sanitaire au Sénégal : vers un Code de la santé », Actes du Colloque International *Droit et santé en Afrique*, Dakar 28 mars-1^{er} avril 2005, les Études Hospitalières 2006.

BÉLANGER Michel, « Origine et histoire du concept de la santé en tant que droit de la personne », *Journal international de bioéthique*, 1998, vol. 9, numéro 3.

BÉLANGER Michel, « Le droit à la santé, droit fondamental de la personne humaine », in Actes du Colloque International *Droit et santé en Afrique*, Dakar 28 mars-1^{er} avril 2005, les Études Hospitalières 2006.

BÉLANGER Michel, « Rapport introductif » du Colloque CRDSS-AFDS du 27 novembre 1998 : *La France à l'OMS. La protection internationale de la santé aujourd'hui, hier et demain, cinquantenaire de l'organisation mondiale de la santé*, Revue générale droit médicale n° 1.

BÉLANGER Michel « Le droit international de la santé et relations entre pays riches et pauvres : essai de problématique », 1^{ers} rencontres internationales André Demichel 2001, Revue générale droit médicale n° spécial *droit santé*.

BIOY Xavier, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental », Actes de Colloque n° 8 des 19 et 20 novembre 2009, *L'accès aux soins : principes et réalités*, sous la direction de Isabelle Poirot-Mazères, Presse de l'Université Toulouse 1 Capitole, janvier 2011.

CALLU Marie-France, « Le corps recomposé », Revue Droit et Santé, septembre 2005, n° 7.

CALLU Marie-France, « Les recommandations de bonnes pratiques confrontées aux droits de la responsabilité médicale », Revue Droit et Santé, janvier 2007, n° 15.

COLLIGNON René, « Handicapés et malades mentaux en Afrique de l'ouest : la question de leur statut et de leurs droits dans les dispositifs de soins », in Actes du Colloque international *droit et santé en Afrique*, Dakar 28 mars-1^{er} avril 2005, les Études Hospitalières 2006.

DENBÉLÉ Salifou, « L'apport du Code de la santé publique du Burkina Faso dans l'amélioration de la dispensation des soins de santé : le cas de la médecine traditionnelle », in Actes du colloque international de Dakar, *Droit et Santé en Afrique*, 28 mars-1^{er} avril 2005, les Études Hospitalières 2006.

DIALLO Boucounta, « Les crimes rituels au Sénégal », EDJA n° 10, décembre 1988.

DIOP Talla, « L'amélioration de la qualité dans le domaine de la santé au Sénégal », source Seneweb news, <http://www.seneweb.com/> consulté le 7 mars 2006.

DIONGUE Birahime : « Le secteur de santé au Sénégal : tendances, enjeux et orientations politiques », Forum Kurukan Fugan avril 2008.

FASSIN Éric et FASSIN Didier : « De la quête de la légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutes « traditionnelles » au Sénégal », in Cahiers d'études africaines, Vol. 28, Cahier 110 (1988).

GASCON Alice, « L'affaire du médiateur vue par le droit pénal », Revue droit et Santé n° 40, les Études Hospitalières, mars 2011, p. 107.

GUEYE Abdou Karim et SECK Pape Salif, « Étude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal », PFANE 2009.

GBODOSSOU Éric, « Médecines traditionnelles : le réveil des sorciers », article consulté le 16 octobre 2011 sur <http://www.agoravox.fr/actualite/sante/article/medecines-traditionnelles-le-36005>.

GRUÉNAIS Marc-Éric, « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne », <http://www.cairn.info/revue-autrepart-2004-1-page-29.htm>.

JARDEL Jean-Paul, « La naissance de l'OMS », *Revue Générale de Droit Médical* n°1, les Études Hospitalières, septembre 1999.

LAPIERRE Françoise, « Mission humanitaire dans les pays émergents : l'expérience de la formation », *Revue générale droit médicale*, n° 8, Les Etudes Hospitalières 2002.

De LAUBADÈRE André : « La réforme hospitalière », *AJDA*, 1971.

LETOURMY Alain, « Etat et assurance maladie dans les pays africains », communication aux XXVI^{ème} journées des économistes français de la santé CERDI, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003.

MARZOUKI Moncef, « Mondialisation, santé et droits de l'homme au Sud et au Nord », *santé Publique*, 2003/3 Vol. 15, p. 283-289. DOI : 10.3917/spub.033.0283 ; article disponible au <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-3-page-283.htm>.

MOLINARI Patrick A., « Le droit à la santé : de la solennité des énoncés aux enjeux de l'exercice », in *Recueil international de législation sanitaire*, Vol. 49, n°1, 1998.

MOREAU Jacques, « Le droit à la santé », *AJDA* 1998, n° spécial, 20 juillet-20 août 1998, *Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique*.

OSSOUKINE Abdelhafid, « Retour sur un procès : l'affaire des médecins circonsciseurs de Constantine », *Revue générale droit médicale*, n° 29, les Etudes Hospitalières 2008.

ROY Denis R., « Les droits et obligations des patients : la réponse des établissements de santé », *Revue générale droit médicale*, n° 13, les Etudes Hospitalières 2004.

SAMB Malick, « L'accessibilité aux soins: le cas du Sénégal », in *Actes du Colloque International Droit et santé en Afrique*, Dakar 28 mars-1^{er} avril 2005, les Études Hospitalières 2006.

SIDIBÉ Amsatou : « Étude sur le secret médical d'aujourd'hui », article consulté en ligne le 24 août 2011 sur <http://www.afrilex.u-bordeaux4.fr/pdf/2doc6sidibe.pdf>.

SOW Ousmane, « Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé : études de cas sur les expériences du Sénégal », USAID, septembre 2007.

THIAM Samba: « Déontologie médicale et la tradition africaine », in *Actes du Colloques national Droit, Histoire, Médecine*, Aix En Provence, 1^{er}-2 décembre 2006.

THIAM Samba, « Santé et discrimination : le cas du Sénégal », in *Actes du Colloque Santé et discrimination*, Centre de droit de la santé, Faculté de Droit et de sciences politiques d'Aix-en-Provence, 27 novembre 2009.

VIALLA François et AMIEL Philippe, « La vérité perdue du Code de Nuremberg : réception et déformations du Code de Nuremberg en France », *RDSS* n° 4, Dalloz 2009.

CONSTITUTIONS, LÉGISLATIONS, CODES, TRAITÉS, PACTES, CONVENTIONS ET DÉCLARATIONS INTERNATIONALES.

Acte Uniforme de l'Organisation pour l'Harmonisation du Droit des Affaires (OHADA).

Charte Africaine des Droits de l'Homme de 1981.

Charte Africaine des Droits et du Bien-Être de l'Enfant (1990).

Charte des Nations Unies.

Charte d'Ottawa (1986).

Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Déclaration d'Alma Ata (1978).

Déclarations de Dakar sur le VIH.

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948.

Pacte International Relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels de 1966.

Code de Nuremberg

Code de la Santé Publique dans les Territoires d'Outre-mer.

Code de la Santé Publique du Burkina Faso.

Code de la Santé Publique de la France.

Code d'Ethique pour la Recherche en Santé (Sénégal).

Code de Déontologie Médicale (Sénégal).

Code de Déontologie des pharmaciens (Sénégal).

Code de l'Environnement (Sénégal).

Code des Obligations Civiles et Commerciales (Sénégal).

Code Civil (France).

Code des Obligations de l'Administration (Sénégal).

Code de l'Hygiène (Sénégal).

Code du Travail de la France.

Code du Travail du Sénégal.

Code Interafricain du Marché des Assurances (CIMA).

Code Pénal de la France.

Code Pénal du Sénégal.

Code de Procédure Civile (Sénégal).

Code de Procédure Pénale (Sénégal).

Charte du malade(Sénégal).

Constitution de la République du Sénégal de 2001.

Constitution de la République française de 1958.

Loi 54-418 du 15 avril 1954 portant Code de la santé publique dans les territoires d'Outre-mer.

Loi n° 61-33 du 15 juin 1961 portant statut général de la fonction publique.

Loi n° 62-29 du 16 mars 1962 portant modalités de prise en charge des malades indigents, JORS du 16 mars 1962, n° 3518, p. 546.

Loi n° 66-69 du 4 juillet 1966 portant exercice de la médecine et de l'Ordre des médecins au Sénégal, JORS, 6 juin 1966 n° 3835, p. 861-865.

Loi 72-25 du 19 avril 1972 portant création des communautés rurales.

Loi n° 73-62 du 19 décembre 1973 portant création de l'Ordre des pharmaciens.

Loi n° 75-50 du 3 avril 1975 portant création des instituts de prévoyance maladies.

Loi n° 83-71 du 5 juillet 1983 portant Code de l'hygiène, JORS n° 4962 du 6 août 1983, p 692.

Loi n° 23-94/ADP du 19 mai 1994 portant Code de santé publique du Burkina Faso.

Loi n° 94-57 du 26 juin 1994 abrogeant l'article L 511 de la loi 54-418 du 15 avril 1994 du Code français de la santé publique applicable aux territoires d'outre mer, JORS du 8 octobre 1994 n° 5601, p. 443-444.

La loi n° 96-06 du 22 mars 1996 portant Code des collectivités locales, JORS n° 5689 du 20 mai 1996.

Loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert des compétences aux régions communes et communautés rurales, JORS n° 5689 du 20 mai 1996.

Loi n° 96-08 du 22 mars 1996 modifiant le Code électoral, JORS n° 5689 du 20 mai 1996.

Loi n° 96-09 du 22 mars 1996 fixant l'organisation administrative et financière de la commune, JORS n° 5689 du 20 mai 1996.

Loi n° 96-10 du 22 mars 1996 modifiant la loi sur l'organisation de l'administration territoriale, JORS n° 5689 du 20 mai 1996.

Loi organique n° 96-11 du 22 mars 1996 relative à la limitation du cumul des mandats électifs et de certaines fonctions, JORS n° 5689 du 20 mai 1996.

Loi 97-17 du 1^{er} décembre 1997 portant Code du travail.

Loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière, JORS du 14 mars 1998, n° 594, p. 166-169.

Loi n° 98-12 du 2 mars 1998 relative à la création à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé, JORS du 4 avril 1998, n° 5794, p. 217-219.

Loi n° 99-141 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle (France), JORS du 28 juillet 1999.

Loi n° 2000-01 du 10 janvier 2000 portant création d'un établissement public de santé à statut spécial dénommé Hôpital Principal de Dakar, JORS n° 5904 du 5 février 2000.

Loi n° 2001-01 du 15 janvier 2001 et de son décret d'application 2001-282 du 15 janvier 2001 portant Code de l'environnement, JORS n° 5972, p. 115.

Loi n° 2001-03 du 22 janvier 2001 portant Constitution de la République du Sénégal, JORS n° spécial du lundi 22 janvier 2002, p. 27-42.

Loi n° 2003-14 du 4 juin 2003 portant organisation et fonctionnement des mutuelles de santé, JORS du 5 juillet 2003, n° 6110, p. 675-677.

Loi n° 2009-17 du 9 mars 2009 portant Code d'Éthique pour la recherche en santé, JORS n° 6479 du Samedi 11 juillet 2009.

Décret n° 66-147 du 10 février 67 portant Code de déontologie médicale, Journal Officiel Sénégal n° 3877, p. 321-325.

Décret n° 72-215 du 07 mars 1972 relatif à la Caisse de sécurité sociale.

Décret n° 72-336 du 29 mai 1972 relatif aux attributions des chefs de circonscriptions administratives et des chefs de villages.

Décret n° 74-139 du 11 février 1974 portant application de la loi créant l'Ordre des pharmaciens.

Décret n° 74-1082 du 4 novembre 1974 réglementant les formations hospitalières, JORS du 7 décembre 1974, p. 148-151.

Décret n° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des institutions de prévoyance maladie d'entreprise ou inter-entreprise et rendant obligatoire la création des dites institutions, JORS du 27 septembre 1975, n° 4447.

Décret n° 75-1093 du 23 octobre 1975 fixant l'organisation et le fonctionnement des « villages psychiatriques ».

Décret n° 75-1092 du 23 novembre 1975 créant un établissement spécialisé de type fermé situé à Thiaroye, destiné à l'internement des malades mentaux ayant fait l'objet d'une décision judiciaire.

Décret n° 76-593 du 1^{er} juin 1976 fixant les conditions d'agrément et de contrôle des institutions prévues par la loi relative au traitement des maladies mentales.

Décret n° 78-177 du 2 mars 1978 complétant l'article 8 du décret n° 65-061 du 4 février 1965 relatif au personnel enseignant et hospitalier du Centre hospitalier universitaire de Dakar, JORS du 25 mai 1978, n° 4625, p. 387.

Décret n° 81-039 du 2 février 1981 portant Code de déontologie des pharmaciens au Sénégal.

Décret n° 92-118 du 17 janvier 1992 instituant les comités de santé.

Décret n° 93-1211/MSAS du 25 octobre 1993 complétant le décret n° 92-118 MSPAS du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et portant statuts types desdits comités.

Décret n° 96-103 modifiant le décret n° 89-775 du 30 juin 1989 fixant les modalités d'intervention des ONG au Sénégal.

Décret n° 96-634 du 18 juillet 1996 abrogeant et remplaçant le décret 92-1400 du 7 octobre 1992 portant création de l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS).

Décret n° 98-701 du 26 août 1998 relatif à l'organisation des établissements de santé hospitaliers, JORS n° 5819 du 12 septembre 1998.

Décret n° 98-702 du 26 août 1998 portant organisation administrative et financière des établissements publics de santé, JORS du 12 septembre 1998, n° 5819, p. 567-570.

Décret n° 99-857 du 27 août 1999 portant érection du CHU Fann en Etablissement Public de santé Hospitalier, JORS n° 5882 du 18 septembre 1999.

Décret n° 99-852 du 27 août 1999 portant érection de l'Hôpital Aristide de Dantec en Etablissement Public de Santé Hospitalier, JORS n° 5882 du 18 septembre 1999.

Décret n° 99-854 du 27 août 1999 portant érection de l'Hôpital d'Enfant Albert Royer en Etablissement Public de Santé Hospitalier, JORS n° 5882 du 18 septembre 1999.

Décret n° 99-854 du 27 août 1999 portant érection de l'Hôpital Général de Grand Yoff en Etablissement Public de Santé Hospitalier, JORS n° 5882 du 18-9-1999.

Décret n° 2002-828 du 19 août 2002 portant création du Fonds de Solidarité Nationale, JORS n° 6079 du 28 décembre 2002.

Décret n° 2004-1404 du 4 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, JORS n° 6194 du 4 décembre 2004.

Décret 2004-568 portant conditions d'exercice de la médecine traditionnelle au Burkina Faso, JO du Burkina Faso n° 53, 30 décembre 2004.

Décret n° 2005-446 du 23 mai 2005 et remplaçant les articles 36, 37 du Décret n° 96-634 du 18 juillet 1996 portant création de l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS).

Décret n° 2008-381 du 7 avril 2008 instituant un système d'assistance «Sésame» en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus, JORS n° 6415 du samedi 5 juillet 2008.

Décret n° 2009-521 du 4 juin 2009 relatif à la carte sanitaire, JORS n° 6485 du samedi 22 août 2009.

Décret n° 2009-539 relatif aux attributions du Ministre de la santé, de la prévention et de l'hygiène au Sénégal.

Arrêté du Ministre chargé de la santé n° 005776 du 17 juillet 2001 portant Charte du malade dans les établissements publics de santé hospitaliers.

Arrêté ministériel n°14249 MSP-CAB du 18 novembre 1980 portant organisation et attributions de l'inspection de la santé publique.

Circulaire du Ministre chargé de la santé n° 1753 du 15 mars 1991 portant adoption du principe de décentralisation des soins de santé par la création de zones opérationnelles appelées districts.

JURISPRUDENCE.

France

Tribunal des Conflits, 30 juillet 1873, Pelletier GAJA n° 2.

CE, 3 février 1911, Anguet, GAJA n° 23.

CE, 26 juillet 1918, Époux Lemonnier, GAJA, n° 33.

CE 7 février 1936 Jamart, GAJA, n° 55.

CE Cass. Civ., 20 mai 1936, Mercier, *Les Grandes décisions du droit médicales*, note François Vialla, p. 2011 et s.

CE. Ass., 13 mai 1938, Caisse primaire « Aide et protection », GAJA n° 58.

Cass. Crim., 31 mai 1949, JCPG 1949, II, note Magnol ; voir également les Grandes décisions du droit médical, sous la direction de François Vialla, p. 369-383, note de Marion Guigue.

Cass. Req., 28 janvier 1942, Teyssier, Les Grandes décisions du droit médical, sous la direction de François Vialla, LGDJ 2009, p. 29-30.

CE Ass., 22 novembre 1946, Commune Saint-Priest-La-Plaine, GAJA n° 68.

CE, 7 Juillet 1950, Dehaene, GAJA n° 72.

CE, 9 mars 1951, Société des Concerts du Conservatoire, GAJA n° 74.

CE, Ass. 28 juillet 1951, Laruelle et Delville, GAJA, n° 75.

CE, 23 juin 1954, Dame veuve Litzler, Rec. 376.

CE 24 avril 1964, Hôpital-hospice de Voiron, Rec. p. 259, RDP 1964, p. 711.

Cass. 1^{er} Ch. Civ., 14 décembre 1965, JCP 1966, II, n° 14753, note Savatier.

CE, 28 avril 1967, Lafont, Rec. 1967, p. 182, D. 1967, p. 434.

CE, Département de la Moselle, 13 juillet 1967, Rec. CE, p.341.

CE, 4 octobre 1968, Doukakis, AJDA 1969, p. 368.

CE Ass., 26 octobre 1973, Sadoubi, RDP 1974.554 note M. Waline.

CE, 1 juillet 1974, Donoyez et Chorgues, Rec.274, AJDA 1974, p. 298.

CE, 13 mai 1987, Piollet et Amson, Rec. CE, p. 341.

CE, 9 décembre 1988 n° 53755, M. Patrick X c/ l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

CE, 10 avril 1992, n° 79027, Dame V. c/ Hôpital du Belvédère de Mont-Sain-Aignan.

CE, Ass., 9 avril 1993, n° 69336, Bianchi.

Cons. Cons., 27 juillet 1994, n° 94-343/344 DC.

CAA Paris, 7 octobre 1999, Mme Hansel c/ l'AP-HP, AJDA, 20 avril 2000, p. 353.

CEDH, 14 novembre 2002, n° 67263/01, Mouisel c/ France, Les Grandes décisions du droit médical, sous la direction de François Vialla, LGDJ 2009, p. 44 et s.

CAA Paris, n° 09PA03208, 22 septembre 2011, M. Julien A. c/ l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

Sénégal.

Cour Suprême du Sénégal, 8 juin 1968, Abdoulaye Gueye, *Annales Africaine* 1973, p. 227.

Cours d'Appel de Dakar, 09 janvier 1970, Mor Diaw, *Anales africaines* 1973, p. 235.

Tribunal de première instance de Dakar, 12 février 1977, Babacar Kébé dit Ndiouga, *Penant* 1978, p. 263.

Cour d'Appel de Dakar, 8 août 1980, Clinique Hubert c/ Dame Alice Léger.

Cour d'Appel de Dakar, n° 420, 10 mai 1983, Veuve Nemer Sabbah c / Hôpital Principal de Dakar.

Cour d'Appel Dakar, n° 501, 22 juillet 1984, Demoiselle Diop c/ État du Sénégal.

Cour d'Appel de Dakar, n° 420, 10 mai 1985, Veuve Nemer Sabbah c/ Hôpital principal de Dakar.

Cour d'Appel de Dakar, 18 janvier 1988, Tabara Dia, *Les Annales africaines* 1989-1990, p. 240.

Cour d'Appel de Dakar, n° 553, 14 août 1995, Alassane Fall c / Hôpital Principal de Dakar.

Tribunal Régional hors classe de Dakar, 06 décembre 2000, Anne Marie Agbo c/ Clinique Casahous.

Cour d'Appel de Dakar, 24 juillet 2001, Hyssam Farhat c/ Baye Assane Diagne et consorts.

Tribunal correctionnel de Kaolack, n° 39, 23 janvier 2002, Thiogane.

Le Conseil d'Etat 14 juin 2007, Thierno Seydou Ndiaye c/ ville de Dakar.

ÉTUDES et DOCUMENTS.

Assises Nationales sur la Santé, Ministère de la santé du Sénégal, 4 et 5 juillet 2000.

Annuaire statistique 2004, Service National de l'Imprimerie Sanitaire, Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale.

Africa Health Workforce Observatory (AHWO), *Profil en ressources humaines pour la santé du Sénégal*, Draft 2009.

Banque Mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique : Les leçons de l'expérience*, source: ISBN 0-8213-2817-4, édition 1994.

Banque Mondiale, *Rapport analytique santé et pauvreté au Sénégal*, Département du développement humain région Afrique, juin 2006.

Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS I) 1998-2007, Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal, 1998.

Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS II) 2009-2018, Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal, janvier 2009.

Plan National de Développement de Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), Ministère de la santé et de la prévention/Direction des ressources humaines, JICA 2010.

Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé et de l'action Sociale (PDIS), Rapport financier, Ministère de la santé et de la prévention médicale (Sénégal), décembre 2004.

Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal, Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal-CAS/PNDS/Partenariat, juillet 2004.

Plan stratégique pour la promotion de la médecine traditionnelle 2007-2010, Ministère de la santé et de la prévention médicale (Sénégal).

Direction des établissements publics de santé, *Réforme hospitalière six ans après*, Ministère de la santé et de la prévention médicale (Sénégal), 2004.

Document stratégique de la réduction de la pauvreté au Sénégal, édité par la République du Sénégal, avril 2002.

Enda Tiers-Monde, *Enda bâtisseur d'alternatives*, Rapport annuel 2003.

Ibrahima Alioune Sall, *Population et décentralisation des services de santé au Sénégal: Approche participative*, Étude publiée par le Ministère de la santé et de l'action sociale, Dakar octobre 1996.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *macroéconomie et Santé : investir dans la santé pour le développement économique*, Rapport de la Commission Macroéconomique et Santé, décembre 2001.

THÈSES ET MÉMOIRES.

Thèses :

DIAS Marisa, *Santé et travail, le principe de précaution*, Thèse de doctorat, université Paris 8, septembre 2005.

GARREAU Olivier, *Droit de la santé, droit à la santé*, Thèse de doctorat Université Montpellier 1, 2004.

Eric Gbodossou, *Approche de la médecine traditionnelle africaine*, Thèse de doctorat ; Faculté de la Médecine et de la Pharmacie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, année 1979.

LELIEVRE Maud, *Entre santé et environnement, l'émergence d'un nouveau droit de la sécurité sanitaire fondé sur la précaution*, Thèse de doctorat de l'Université de Paris 8, septembre 2005.

MOURGES Audrey, *L'accès aux soins*, Thèse de doctorat de l'université de Montpellier 1, décembre 2009.

NIANG Mouhamadou Lamine, *Le droit de la sécurité sociale des Etats membres de l'Union Economique Monétaire Ouest Africaine, au regard des normes de l'organisation internationale du travail : étude de droit comparé*, Thèse de doctorat Université de Montpellier1, juillet 2010.

THIAM Alioune, *L'offre de soins et responsabilité médicale : exemple du Sénégal*, Thèse de doctorat de l'Université de Montpellier 1, décembre 2010.

THIONGANE Bassirou, *Existe-t-il un droit à la santé pour les pauvres ?*, Thèse de doctorat de l'Université de Paris 8, mai 2011.

Mémoires :

CAMARA Ciré, *Les avatars du droit à la santé : l'exemple du Sénégal*, Mémoire de DEA, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, année 2004-2005.

CISSE Sanoussy, *Le service public hospitalier au Sénégal*, Mémoire de DEA, Université Cheikh Anta Diop de Dakar année 2004-2005.

MARONE Khady, *Les ONG dans la promotion du droit à la santé*, Mémoire de master en droit de la santé, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2007.

MBAYE Mama Laye, *La mutualité dans le domaine de la santé*, Mémoire de master en droit de la santé, Université Cheikh Anta Diop de Dakar 2008.

NDOUR Françoise Yandé, *Le problème de l'accès aux soins dans les stratégies sanitaires en Afrique : le cas du Sénégal*, Mémoire de Master en droit de la santé, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2006.

SITE INTERNET.

<http://www.inpes.santé.>

<http://www.refer.sn.rds.>

<http://www.sante.gouv.sn.>

<http://www.sante.gouv.sn/programme/PNDS.htm.>

<http://www.seneweb.com.>

[http://www.who.int/fr/.](http://www.who.int/fr/)

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	1
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	2
INTRODUCTION	4
 PARTIE I : L'OFFRE DE SOINS : UNE OBLIGATION FONDAMENTALE DE L'ETAT.	 27
Titre I : Une obligation manifestée à travers les politiques de santé du Sénégal.	31
Chapitre 1 : Des lois et règlements nationaux et internationaux bien intégrés au Sénégal.	33
Section 1 : La proclamation internationale par le Sénégal des droits et devoirs en matière de santé publique.	34
Paragraphe 1 : Le droit de jouir d'un meilleur état de santé.	35
A : L'Acte Constitutif de l'Organisation Mondiale de la Santé (1948).	35
B : Le Pacte International Relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels de 1966.	37
C : La Charte Africaine des Droits de l'Homme de 1981.	38
D : La Charte Africaine des Droits et du Bien- Etre de l'Enfant (1990).	40
Paragraphe 2 : le droit d'accès aux soins et de la protection de la personne.	43
A : La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948.	43
B : La Déclaration d'Alma Ata (1978).	45
C : La Charte d'Ottawa (1986).	47
D : Les Déclarations de Dakar sur le VIH.	49
Section 2 : Les lois et règlements nationaux en matière de santé publique au Sénégal.	55
Paragraphe 1 : Les textes à vocation générale.	56
A : Le droit à la santé : un droit proclamé par la Constitution.	56
B : Le droit à la santé : un droit prévu par les différents Codes de protection sociale.	62
Paragraphe 2 : Les textes spéciaux consacrés à la santé au Sénégal.	72
A : La loi portant Code de la Santé Publique dans les Territoires d'Outre-mer.	72
B : Le Code d'Ethique pour la Recherche en Santé.	74
C : La Charte du malade.	76
D : Les lois relatives à la profession de santé.	78
E : Les lois et règlements spécifiques aux hôpitaux publics.	85
Chapitre 2 : Des mesures d'application des politiques d'offre de soins bien élaborées.	88
Section 1 : Les différentes planifications.	89
Paragraphe 1 : Une approche sectorielle du développement sanitaire de 1960 à 1998.	90
Paragraphe 2 : Une approche globale de développement sanitaire à partir de 1998.	93
Section 2: Les différentes réformes.	99
Paragraphe 1 : L'adoption de la stratégie de Soins de Santé Primaires.	100
A : La stratégie d'Alma-Ata de 1978.	100
B : La stratégie de l'Initiative de Bamako.	102
Paragraphe 2 : L'adoption de la stratégie de gestion partagée du secteur de la santé.	106
A : Les réformes de l'administration territoriale.	106
B : La réforme du ministère de la santé de 2004.	110
 Titre II : La mise en œuvre effective par l'Etat de l'offre de soins.	 118
Chapitre 1 : L'organisation générale de l'offre de soins.	120
Section 1 : La pyramide de l'offre de soins.	121
Paragraphe 1: La pyramide administrative.	122
A : Le niveau national : le ministère chargé de la santé.	122
B : Le niveau décentralisé : la région médicale et le district sanitaire.	124
Paragraphe 2: La pyramide des structures de soins.	129
I : Les établissements publics de santé.	129
A : Les établissements publics de santé hospitaliers.	130
B : Les structures sanitaires de base.	135
II : Le secteur privé de santé.	138
A : Le secteur privé lucratif.	139

B : Le secteur privé non lucratif.	141
C : Les établissements privés participant au service public.	145
D : Le secteur de la médecine traditionnelle.	147
Section 2 : Le financement de l'offre de soins.	149
Paragraphe 1: Le financement des infrastructures de santé.	150
A : La dotation de l'Etat.	150
B : La participation de la population.	153
C : L'apport des partenaires extérieurs.	155
Paragraphe 2 : Le financement de l'accès aux prestations de soins.	158
I: Le régime d'assurance à caractère obligatoire.	158
A : Le régime non contributif.	159
B : Les régimes contributifs d'assurance à caractère obligatoire.	162
II : L'émergence d'une assurance maladie volontaire comme technique de financement : les mutuelles de santé.	165
A : Les différentes phases d'évolution des mutuelles de santé au Sénégal.	166
B : L'organisation des mutuelles de santé.	169
C : Un exemple d'une mutuelle de santé : la mutuelle communautaire « Jaata Kéria ».	174
Chapitre 2 : Le service public hospitalier.	179
Section 1 : Une politique efficace de l'accès aux soins hospitaliers.	180
Paragraphe 1 : L'avènement du service public hospitalier au Sénégal.	181
A : Contexte des hôpitaux sénégalais avant la réforme de 1998.	181
B : Contexte actuel des hôpitaux sénégalais.	183
Paragraphe 2 : Le service public hospitalier : une stratégie de lutte contre l'exclusion sociale.	190
A : La prise en charge des personnes démunies.	190
B : La prise en charge des personnes âgées : le Plan Sésame.	192
Section 2 : Une administration de santé renforcée en faveur d'accès aux soins.	197
Paragraphe 1 : L'organisation administrative.	198
A : Les organes de décision.	198
B : Les organes consultatifs.	208
Paragraphe 2 : L'organisation financière.	214
A : Les ressources des établissements publics hospitaliers.	214
B : Les charges des établissements publics hospitaliers.	223
CONCLUSION PARTIE I	230
PARTIE II: L'OFFRE DE SOINS : UNE OBLIGATION DIFFICILE A ASSUMER PAR L'ETAT.	233
Titre I : De sérieuses difficultés d'accès aux soins : une politique de santé inefficace.	235
Chapitre 1: Des inadéquations manifestes dans l'offre de soins.	237
Section 1 : Une inadéquation entre offre de soins et besoins des populations.	238
Paragraphe 1: Une offre de soins à géométrie variable.	239
A : Une faible couverture sanitaire dans les régions.	239
B : Une forte concentration des spécialités à Dakar.	247
Paragraphe 2 : Une offre de soins difficilement accessible.	251
A : Une accessibilité financière.	251
B : Une accessibilité géographique.	256
C : Des freins sociologiques de l'accessibilité aux soins.	259
Section 2 : Une inadéquation dans la gestion des ressources humaines.	267
Paragraphe 1 : Un personnel de santé insuffisant.	268
A : Effectif de praticiens en perpétuelle diminution.	268
B : Déficit de praticiens spécialisés et du personnel administratif qualifié.	272
Paragraphe 2 : Un management des ressources humaines inadapté.	278
A : Absence de système de motivation.	278
B : Des conséquences dommageables.	286
Chapitre 2: Des dysfonctionnements notoires dans l'offre de soins.	295
Section 1 : Les établissements de soins chasseraient eux-mêmes les patients.	296
Paragraphe 1 : La faible qualité de l'accueil et de l'hygiène.	297
A : Une mauvaise qualité de l'accueil.	297

B : Un manque d'hygiène dans les établissements de soins.	300
Paragraphe 2 : L'interaction thérapeutique souvent pointée du doigt.	303
A : Une difficile relation soignants/soignés.	303
B : De l'information et du secret médical dans le contexte africain.	307
Section 2 : La mise en jeu de la responsabilité en matière de santé.	316
Paragraphe 1: L'état de la jurisprudence sénégalaise en matière de responsabilité des établissements de santé.	317
A : La responsabilité de l'établissement de santé pour fonctionnement défectueux du service.	317
B : La responsabilité de l'établissement de santé du fait de son personnel.	321
Paragraphe 2 : Les modalités de réparation du dommage.	332
A: Les caractères du préjudice réparable.	332
B : Les méthodes d'évaluation du préjudice.	336
Titre II : Des solutions pour une offre de soins performante.	346
Chapitre 1 : La prise en compte effective de la médecine traditionnelle.	349
Section 1 : L'urgence de la réglementation de la médecine traditionnelle.	350
Paragraphe 1: La réglementation de la médecine traditionnelle : un moyen de lutte contre le charlatanisme et l'utilisation abusive des ressources environnementales.	351
Paragraphe 2 : La réglementation de la médecine traditionnelle : une alternative à l'offre de soins.	367
Section 2: La collaboration médecine moderne et médecine traditionnelle.	370
Paragraphe 1: Un meilleur moyen pour parer aux risques de la médecine traditionnelle.	371
Paragraphe 2 : Un gage de l'amélioration de la couverture sanitaire nationale.	375
Chapitre 2 : L'élargissement des efforts de santé vers d'autres secteurs indispensables pour l'atteinte des objectifs de santé.	380
Section 1: Combat contre les causes de la dégradation de la santé de la population.	381
Paragraphe 1 : La lutte contre la pauvreté.	383
A: Le développement de l'agriculture.	383
B : La modernisation de l'élevage.	386
C : La relance de la pêche.	387
D : Le développement des PME/PMI.	390
E : Les incitations au développement communautaire à travers les mouvements associatifs.	392
Paragraphe 2 : Le combat pour assainir le cadre de vie de la population.	394
A : L'accès à l'eau potable.	394
B : L'accès à des systèmes adéquats d'assainissement.	397
C : L'accès aux logements salubres.	399
D : L'accès à l'énergie.	400
Section 2 : Combat pour le développement de l'éducation à la santé.	404
Paragraphe 1 : L'incitation de la population à la prise en charge de sa propre santé.	405
A : Par les bonnes pratiques d'hygiène.	405
B : Par l'abandon des pratiques coutumières réprouvées.	408
Paragraphe 2 : L'implication de la population dans les programmes de prévention.	412
A : L'implication de la population dans la lutte contre les maladies et à la prévention des épidémies.	412
B : L'implication de la population dans la lutte contre l'utilisation, la circulation et la vente de médicaments de la rue.	414
CONCLUSION PARTIE II	421
CONCLUSION GENERALE	423
BIBLIOGRAPHIE	431
TABLE DES MATIERES	446

