

## Comparaison entre l'organisation de services de santé Au Niger, Cameroun et Senegal

Par *Moussa Issa Lende (Niger et Senegal) et Teugne Sorelle (Cameroun)*

### Résumé

*Ce travail consiste donc à voir comment les différents contextes ont influé sur les conditions de vie de la population, en particulier dans la période post Covid19. Etant donné la nature multidimensionnelle du sujet, nous avons adopté une approche comparative entre le Niger, Senegal et Cameroun*

*Les différentes organisations des systèmes de santé montrent que les Pays n'ont pas négligé l'organisation du systèmes de Santé.. L'OMS ne s'en est pas également épargné;*

*«Ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. »(OMS) «Ensemble des moyens et des activités dont la fonction est la production de la santé (promotion, prévention, réparation, rééducation, réinsertion). « Les êtres humains sont au centre des préoccupations entourant le Développement Durable. Ils ont droit à une vie saine et productive en harmonie avec la nature »*

*Ainsi la santé n'a pas de prix, a-t-on souvent coutume d'entendre.Toutefois une organisation de sa stratégie d'incubation dans un système bien stratifié nécessite différentes mesures pour une meilleure régulation de son efficience..*

*Malgre ceci les 3 Pays; Cameroun, Niger et Senegal font régulièrement face à plusieurs urgences sanitaires ayant un impact négatif sur la santé des populations. Parmi ces urgences, il existe les maladies à potentiel épidémique (la méningite, le choléra, la rougeole et le paludisme entre autres), les crises alimentaires et nutritionnelles, les violences sexuelles et leurs conséquences.*

*Un tableau de solutions proposées met l'accent sur la planification stratégique de la sante par l'Etat, la promotion de l'adhésion dans les mutuelles de santé ; la couverture du risque de maladie, les bourses de sécurité familiale,...*

**Mots clés :** *santé, organization, systèmes de santé, services de santé*

### Organization de services de santé au Niger

L'organisation et le fonctionnement du système de santé au Niger est basé sur les principes des Soins de Santé Primaires (SSP) (1) définis lors de la conférence de Alma Ata en 1978 (2), et renforcés par plusieurs engagements internationaux et régionaux auxquels le Niger a souscrit telles que la « Déclaration sur le scénario de développement sanitaire en 3 phases (3), la Déclaration sur l'Initiative de Bamako » (4) et la « Déclaration de Ouagadougou sur la relance des SSP (5) ». Le système de santé du Niger comprend trois niveaux. Le niveau périphérique des soins qui est celui des districts sanitaires (DS) a la responsabilité de l'encadrement de trois types de formations sanitaires : l'Hôpital du District (HD), les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les Cases de Santé.

Les DS sont passés de 42 à 72 (conformément à l'Arrêté ministériel N°0430/MSP/SG du 23 décembre 2014 modifiant et complétant l'Arrêté N° 069/MSP/SG du 03 juin 1996 portant création, organisation et attribution du District Sanitaire). L'augmentation du nombre de DS fait suite à la création de nouveaux départements dans le cadre du découpage administratif d'une part mais aussi pour améliorer les performances du système de santé à la base, d'autre part. En 2015, sur les 42 anciens DS, seuls 33 disposent d'un HD dont 28 avec bloc opératoire parmi lesquels 26 fonctionnels.

Au niveau régional, il y a les centres de référence qui sont les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) sauf dans les Régions de Zinder et de Tillabéry, il y a aussi des Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME). Ces deux (2) types de structures n'arrivent pas à assurer pleinement leurs missions du fait de l'insuffisance des ressources financières et la non disponibilité des ressources humaines notamment le personnel spécialisé.

Au niveau national, il y a l'hôpital général de référence qui sera bientôt fonctionnel, les Hôpitaux Nationaux (HN) de Niamey, Lamordé et Zinder, ainsi que la Maternité ISSAKA GAZOBI, et les centres nationaux de Référence. Les centres Nationaux de Référence assurent la prise en charge spécifique de certaines pathologies comme la tuberculose, les IST/VIH, la drépanocytose, la lèpre, la fistule génitale féminine etc. Ces Centres assurent également des activités promotionnelles comme la santé de la reproduction ou des prestations comme l'Aide Médicale d'Urgence (SAMU). La plupart de ces centres sont confrontés à des problèmes de fonctionnement liés à leur statut et à l'insuffisance de la subvention accordée par l'Etat.

### **Problèmes de santé publique:**

Le Niger fait régulièrement face à plusieurs urgences sanitaires ayant un impact négatif sur la santé des populations. Parmi ces urgences, il existe les maladies à potentiel épidémique (la méningite, le choléra, la rougeole et le paludisme entre autres), les crises alimentaires et nutritionnelles, les violences sexuelles et leurs conséquences. Ces urgences résultent, des inondations, des sécheresses ainsi que des conflits entre autres.

Pour les maladies à potentiel épidémique, la principale maladie est le choléra qui sévit à l'état endémo-épidémique depuis 1971 au Niger avec des flambées épidémiques pendant la saison pluvieuse.

Concernant la méningite, à l'instar des autres pays de la "ceinture africaine de la méningite" (6), le Niger est régulièrement confronté aux épidémies de méningites à méningocoques. Ces épidémies sont causées généralement par *Neisseria meningitidis* (N.m.) A, qui a quasiment disparu du pays suite à la vaccination de masse effectuée en 2010 et 2011 avec le vaccin conjugué anti-méningococcique du sérogroupe « A » (MenAfriVac®).

De février à juin 2015 et après cinq ans d'accalmie, le Niger a connu une épidémie de méningite, due principalement au N.m. C, le pays a notifié 8.500 cas dont 573 décès (soit une létalité de 6,7%).

En rapport avec l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) à laquelle l'Afrique de l'Ouest est confrontée depuis le début de 2014, le pays n'a pas notifié de cas.

L'immensité du pays avec de longues frontières terrestres très poreuses associée à l'intensité des échanges socio-économiques et culturels par voies terrestre, fluviale et aériennes, constituent un grand défi en matière de surveillance épidémiologique, de contrôle et de sécurité sanitaire.

Suite à l'insécurité qui règne dans les trois Etats fédéraux du Nord du Nigeria (Borno, Yobe, Adamawa) depuis mai 2013, plusieurs milliers de personnes ont fui vers la région voisine de Diffa dans le Sud Est du Niger.

Par ailleurs, dans la même région de Diffa règne également une insécurité suite aux nombreuses attaques terroristes ayant entraîné le déplacement de cette population à l'interne.

Au 31 décembre 2015, selon UNHCR, les populations déplacées suite à cette insécurité et qui sont hébergées dans la région de Diffa sont au nombre de 275.321 personnes. Face à cette situation le Gouvernement du Niger a lancé, un plan d'urgence de 90 millions de dollars US dont 3 millions de dollars US pour le secteur de la santé.

### **Approches de solution**

En 2012, les Ministres de la Santé de la Région Africaine de l'OMS, ont adopté, lors du Comité Régional tenu à Luanda, "la stratégie régionale sur la gestion des risques de catastrophe pour le secteur de la santé". Il est important que le Niger débute la mise en œuvre de cette stratégie pour être en conformité avec les cibles établies. Pour faire face à ces urgences de santé publique, le Ministère de la Santé Publique a mis en place des structures et mécanismes, de prévention, de prise en charge, de surveillance et de contrôle de ces fléaux au niveau central, régional et départemental dont la fonctionnalité reste malheureusement limitée. Des mécanismes de concertation ont été mis en place avec les pays limitrophes pour faire face aux problèmes de santé transfrontaliers.

Les questions de santé sont également discutées lors des commissions mixtes de coopération.

Aussi, le Règlement Sanitaire International (RSI) qui est une disposition de l'OMS pour la préparation des pays aux urgences de santé connaît des difficultés réelles de mise en œuvre.

L'insuffisance de financement destiné à ces opérations est un facteur limitant pour leurs mises en œuvre.

Un bon état de santé est une condition essentielle pour le développement social et économique et la promotion d'une meilleure qualité de vie. En effet, les conditions fondamentales et les éléments constitutifs de la santé d'un individu ou d'une communauté sont en grande partie liés aux facteurs sociaux, économiques et environnementaux tels que la paix sociale, les conditions de vie, l'éducation, l'alimentation, l'environnement, la justice sociale et l'égalité des chances ainsi qu'à l'accès à des soins médicaux suffisants et de qualité.

En plus des facteurs personnels comme les prédispositions génétiques de chaque individu dès sa naissance, les conditions sociales, économiques et environnementales ont une influence directe ou indirecte sur la santé et sur les comportements favorables ou défavorables à celle-ci. Ces comportements sont souvent influencés par des facteurs provenant de politiques autres que la politique de santé à proprement parler.

Un comportement favorable à la santé dépend dans une large mesure du niveau d'éducation et de l'environnement social.

Pays en situation de pré transition épidémiologique et nutritionnelle, le Niger connaît une situation sanitaire essentiellement déterminée par une combinaison des facteurs tels que la mauvaise hygiène du milieu, l'insuffisance d'eau potable (69,1% de la population en milieu rural en 2012 selon Niger en chiffres 2014/INS) et du dispositif d'assainissement (seulement 9 % des ménages disposent de toilettes améliorées et non partagées), le faible taux d'alphabétisation (28,1% en 2014), les conséquences du changement climatique avec une forte influence sur la santé, la malnutrition aigue récurrente avec une prévalence de 15% en 2015, les inégalités sociales et économiques de plus en plus croissantes avec près de la moitié (45,1%) de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté selon l'ECVMA 2014 de l'INS. Comme dans la plupart des pays en développement, au Niger les actions sur les déterminants sociaux de la santé restent très timides. Cette situation est due à une très faible prise en compte de ces déterminants dans les politiques et stratégies de développement sanitaire jusque-là mises en œuvre par le gouvernement. Or, il est bien admis que la santé est produite à environ 90% en dehors du système de santé d'où la très forte influence des déterminants sociaux dans la production et l'amélioration de la santé.

Pour mieux appréhender la question des déterminants de la santé, le MSP a élaboré en 2013, la Stratégie nationale de promotion de la santé et la stratégie nationale de la multisectorialité en santé 2014-2020 qui mettent toutes en exergue la nécessité non seulement d'intégrer ces déterminants dans toutes les actions de santé, mais aussi d'agir sur eux afin d'améliorer davantage la santé de la population. Il s'agit également de faire en sorte que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques de développement économique et social du pays, ce qui nécessite une plus grande collaboration intersectorielle.

### **Recommandations:**

L'un des défis majeurs du système de santé est d'offrir à la population des prestations de qualité dans un esprit d'équité et d'esprit social. Ce défi ne pourrait être relevé sans la mise en place d'un système de santé répondant aux besoins de plus en plus croissants de la population.

Pour ce faire, il faut :

- Renforcer le leadership et de la gouvernance ;
- Améliorer l'offre, de la qualité des soins et de la demande des prestations
- Renforcer le développement des ressources humaines de la santé
- Améliorer la disponibilité des ressources physiques et intrants (infrastructures, équipements et médicaments, etc.) Renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé
- Améliorer le financement de la santé.

## Senegal

### **Organisation des services de santé :**

Depuis 2012 au Sénégal, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale est constitué du sous-secteur de la santé et du sous-secteur de l'action sociale.

Cependant, d'autres intervenants contribuent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé et d'action sociale (autres départements ministériels, Collectivités Territoriales, Institutions, Agences, autres Organisations, Partenaires). Cette diversité d'acteurs détermine une approche résolutive des problèmes de santé et d'action sociale dans un cadre multisectoriel et à travers une gouvernance partagée.

L'organisation du secteur socio-sanitaire est de type pyramidal, adossée au découpage administratif du pays.

Elle comprend : un niveau central qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions générales, les Directions nationales, les services centraux rattachés, les Centres Nationaux de Réinsertion Sociale et les Etablissements Publics de Santé de niveau 3 ;

Un niveau intermédiaire stratégique qui regroupe les Régions Médicales, les Brigades Régionales de l'Hygiène (BRH), les Services Régionaux de l'Action Sociale (SRAS) et les Etablissements Publics de Santé de niveau 2 ;

Un niveau périphérique opérationnel avec les Districts Sanitaires, les Sous – Brigades de l'Hygiène, les Services Départementaux de l'Action Sociale, les Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS) et les Etablissements Publics de Santé de niveau 1.



**Figure n°1: Organisation du système de santé sénégalais**

Offre publique de services de soins, elle compte plusieurs types de structures :

Les Etablissements Publics de Santé (EPS) sont au nombre de quarante (40) dont 36 hospitaliers et 04 non hospitaliers. Les EPS hospitaliers sont structurés en trois niveaux : (i) les EPS de Niveau 1 au nombre de 10 ; (ii) les EPS de Niveau 2 au nombre de 15, et (iii) les EPS de Niveau 3 au nombre de 11.

Toutefois, quatre (04) nouveaux EPS hospitaliers, sont en cours de construction dans les régions de Diourbel (EPS3), de Kédougou (EPS2), de Sédhiou (EPS2) et de Kaffrine (EPS2).

Les EPS non hospitaliers sont : (i) le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) ; (ii) le Centre National d'Appareillage Orthopédique (CNAO) ; (iii) le Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) et (iv) la

Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA). Cette dernière compte des services déconcentrés au niveau des régions, appelées Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA), au nombre de onze (11), permettant ainsi de rapprocher le médicament des Points de Prestations de Service (PPS).

Le Sénégal est divisé en 77 districts sanitaires qui comprennent 102 centres de santé et 1.415 postes de santé incluant 2 676 cases de santé en 2018.

Les structures d'hygiène sont constituées de : (i) 14 Brigades Régionales de l'Hygiène (BRH) qui épousent les contours territoriaux des Régions ; (ii) 02 Brigades Spéciales de l'Hygiène (BSH) à Touba et Tivaouane ; (iii) 61 Sous-Brigades de l'Hygiène (SBH) logées au sein des Districts Sanitaires et ; (iv) 12 Postes d'Hygiène. Tous les districts sanitaires ne disposent pas de Sous-brigades d'hygiène (sur les 77 districts sanitaires, 16 n'en disposent pas).

Les structures de l'Action Sociale, dans le sous-secteur de l'action sociale, l'offre est composée de : (i) quatre (04) Centres Nationaux de Réinsertion Sociale (CNRS) localisés dans les régions de Diourbel (Bambey), de Louga (Darou Mousty), Kaolack (Kaolack) et Ziguinchor (Bignona) ; (ii) 14 Services Régionaux de l'Action sociale (SRAS) ; (iii) 45 Services Départementaux de l'Action sociale (SDAS) ; (iv) 49 Centres de Promotion et de Réinsertion Sociale (CPRS). L'offre de proximité et communautaire est assurée par des intervenants de première ligne au sein des CPRS, des Postes de Santé et des Cases de Santé.

L'offre privée de services de soins, sa cartographie est réalisée en 2017, comptabilise 2754 Structures Privées Sanitaires (SPS) qui sont constituées de :

- 1 225 SPS de soins dont 03 hôpitaux, 37 centres de santé, 359 cabinets médicaux, 118 cliniques, 443 cabinets paramédicaux, 132 structures d'entreprise, 111 postes de santé privés ;
- 246 SPS dentaires dont 207 cabinets dentaires ;
- 33 SPS de diagnostic dont 26 laboratoires d'analyse biomédicale, 07 centres de radiologie et d'imagerie médicale 1 250 SPS pharmaceutiques dont 1 063 officines privées et 187 dépôts de médicaments.

A Dakar, l'offre de service médicale privée fait 6 fois l'offre publique.

### **Problèmes de santé publique :**

L'état de santé de la population sénégalaise est marqué par : (i) des taux encore élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile ; (ii) une persistance du fardeau des maladies transmissibles, malgré des progrès significatifs depuis plusieurs décennies et (iii) un accroissement rapide du fardeau des Maladies Non Transmissibles, qui pour la plupart sont des maladies chroniques à soins coûteux.

Le ratio de mortalité maternelle est de 236 pour 100 000 NV en 2017 (compte à rebours SNU).

Le taux de mortalité néonatale est passé de 37‰ à 28‰ de 1997 et 2017. Cette mortalité est plus élevée en milieu rural (26‰) qu'en milieu urbain (20‰). La mortalité infantile est passée de 68‰ en 1997 à 42‰ en 2017.

Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 139‰ en 1997 à 56‰ en 2017.

Les principales causes de mortalité infanto-juvénile sont les affections néonatales qui sont responsables de 37% des décès d'enfants de moins de cinq ans, suivies du paludisme (14%), de la pneumonie (12%), de la diarrhée (8%), des blessures (4%), du VIH (2%) et toutes autres causes confondues (23%).

La malnutrition est associée au tiers des décès des enfants de moins de cinq ans. La prévalence de la malnutrition aiguë était de 9% en 2017, celle chronique de 17%. L'anémie a une forte prévalence, avec 71% des enfants de moins de cinq ans qui sont touchés, dont 3% de forme sévère (EDS 2017). L'Allaitement Maternel Exclusif (AME), déterminant de premier ordre, a connu une amélioration entre 2010-2011 et 2017, passant de 39% à 42%.

Le taux de mortalité périnatale, qui comprend les mort-nés et les décès néonataux précoces (0-6 jours), est élevé, atteignant 41 décès pour mille grossesses de sept mois ou plus. Elle est plus importante chez les femmes de 40-49 ans (49 pour mille grossesses) que chez les femmes de 20-29 ans (35 pour mille grossesses).

Le fardeau national du paludisme a connu une régression de plus de 50% entre 2009 et 2017. La prévalence palustre chez les enfants âgés de 6 à 59 mois est de 0,9% avec la microscopie.

Dans la population générale, la morbidité proportionnelle est passée de 5,40% à 3,26%, la mortalité proportionnelle est passée de 7,50% à 1,73%. Chez les enfants de moins de 5 ans, la morbidité proportionnelle est passée de 3,77% à 1,49% et la mortalité proportionnelle est passée de 11,15% à 2,17%. Chez les femmes enceintes, la

morbidity proportionnelle est passée de 2,70% à 1,30% et la mortalité proportionnelle est passée de 2,30% à 0,50%.

Par ailleurs, le pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée a augmenté entre 2012- 2013 et 2017, passant respectivement de 73% à 84%.

L'incidence de la tuberculose qui tournait autour de 140 cas pour 100 000 habitants jusqu'en 2016, a connu une réduction jusqu'à 122 cas pour 100 000 habitants à partir de 2017 (Rapport OMS 2018). La détection est passée de 60% en 2009 à 66% en 2017, favorisée par les interventions communautaires. Cependant, la problématique des cas manquants persiste pour impulser un terme à l'épidémie.

La prévalence nationale du VIH/SIDA (chez les 15-49 ans) est passée de 0,7% en 2010-2011 à 0,5% en 2017 (EDS 2017), variant de 0,8% à 0,5% chez les femmes et, de 0,5% à 0,4% chez les hommes.

Le Sénégal est une zone de forte endémicité à l'hépatite B et de faible endémicité à l'hépatite C. Des études récentes<sup>4</sup> ont révélé des taux de prévalence respectifs de 8 à 9% et de 2%. La modélisation épidémiologique prédit qu'un grand nombre de sénégalais vivant avec une hépatite chronique actuellement non détectée évolueront vers une maladie hépatique majeure au cours de la prochaine décennie.

Les maladies chroniques à soins coûteux représentent 30% des dépenses nationales de santé (7). Ces affections sont responsables de 34% des décès au Sénégal contre 28% en Afrique subsaharienne. Elles constituent un problème de santé publique du fait de la progression constante du nombre de personnes affectées.

Selon l'enquête STEPS (8) réalisée en 2015, la prévalence nationale du diabète est de 3,4%.

Cette prévalence est plus élevée dans les tranches d'âge 45-59 ans et 60-69 ans où elle est respectivement de 7,9% et 11,2%.

La prévalence de l'hypertension artérielle, selon la même enquête, est estimée à 29,8% dans la population générale. La prévalence de l'hypercholestérolémie dans la population générale est estimée à 20%, avec une fréquence plus élevée chez la femme (27,2%) que chez l'homme (12,3%). La prévalence du cancer au Sénégal n'est pas connue du fait de l'arrêt du fonctionnement du registre du cancer. Les données préliminaires du registre du cancer, mis en place dans dix hôpitaux de Dakar depuis 2010, font état 1.697 cas de cancer enregistrés.

Cet enregistrement des cancers, a montré que les principaux organes touchés chez l'adulte sont le sein, le col de l'utérus, le pharynx, le foie et la prostate. La répartition en fonction du sexe révèle également une prédominance féminine. Le pourcentage des femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont déjà eu un examen pour le dépistage du cancer du col utérin est de 10,9% (9).

Pour les MNT, beaucoup de facteurs de risque ont été identifiés, dont : (i) la surcharge pondérale des adultes dont le pourcentage est de 22,1% ; (ii) le tabagisme dont le pourcentage des adultes fumeurs est de 6,7% ; (iii) la non pratique d'une activité physique régulière dont le pourcentage chez les adultes est de 14,1% ; et (iv) l'insuffisance des structures spécialisées de prise en charge des troubles de santé mentale exclusivement concentrées dans 7 des 14 régions du Sénégal, et principalement à Dakar et sa banlieue. Par ailleurs, dans le domaine de la santé buccodentaire, les données de l'enquête STEPS de 2015, indiquent une prévalence de la carie à 76,3%, un indice CAO (Carie Absente Obturée) moyen à 5,5 et une proportion de 62,2% de la population sénégalaise qui n'utilise pas les services de santé buccodentaire. Au plan de la couverture géographique, 11% des 77 districts sanitaires ne sont pas encore équipés en cabinet dentaire.

Il y a aussi un manque généralisé de ressources humaines et financières, d'infrastructures et d'équipements, justifiant les importants écarts qui persistent dans la qualité des soins au niveau des points de prestation de santé. Les procédures d'évaluation des pratiques professionnelles des acteurs du MSAS ne sont mises en place que dans deux structures sur cinq (54% des hôpitaux et 37% des centres de santé). L'utilisation correcte de la checklist du bloc opératoire n'est observable que dans 13% des structures.

A cela s'ajoute, une absence d'une politique de qualité intégrant la sécurité des soins au niveau de l'ensemble des structures du système de santé, une insuffisance de la normalisation des soins et services, une gestion des déchets biomédicaux ne répondant pas aux normes de la sécurité environnementale, une prévention et une gestion des risques encore embryonnaires, une moindre qualité des soins pour certaines pathologies peu soutenues, une faible participation des usagers à l'amélioration de la qualité des soins et services, une insuffisance de l'hygiène hospitalière et d'un environnement accueillant (embellissement et propreté des locaux), une insuffisance de l'intégration de l'accueil et du respect des droits des usagers des services de santé dans la formation continue des agents de santé.

## **Au Cameroun**

---

Selon le décret N°2011/408 du 9 décembre 2011 portant organisation du Gouvernement, et conformément aux missions assignées au secteur de la santé, il est attendu que celui-ci définisse, mette en œuvre, coordonne et assure le suivi-évaluation de la politique nationale de santé au Cameroun.

Les formations sanitaires publiques sont davantage accessibles aux plus aisés : 14,5% pour le quintile le plus pauvre contre 25% pour le quintile le plus riche en 2007. En effet, alors que la part des plus riches dans l'accès aux services d'un médecin public approchait 43%, elle n'était que d'environ 3% pour les plus pauvres. Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins suivant la zone de résidence (entre le milieu rural et le milieu urbain). À titre d'exemple, seulement 46,7% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7% en zone urbaine

Le Cameroun a adopté en 1993, la politique de réorientation des soins de santé primaires issue de l'Initiative de Bamako. Cette politique se caractérise par le développement des « structures de dialogue ». L'action communautaire à ce jour s'exprime à travers :

- la participation des populations au financement des soins de santé ;
- la participation des représentants des communautés à la cogestion ;
- les actions de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale des organisations de la société civile;
- les prestations des agents de santé communautaire ;
- les initiatives communautaires en faveur de la promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle de leur propre santé et de l'améliorer. Le présent chapitre s'appesantira sur les aspects suivants : milieu de vie des populations, acquisition des aptitudes favorables à la santé, actions menées par la communauté pour la prise en charge de ses problèmes de santé et planification familiale.

L'acquisition des aptitudes favorables à la santé est décrite sous les 5 angles suivants : (1) alimentation et nutrition ; (2) sécurité routière en milieu urbain et interurbain ; (3) pratiques des activités physiques et sportives ; (4) attitudes favorables à la santé en milieu scolaire et ; (5) usage abusif des substances illicites ou nocives.

La survenue de la crise économique mondiale après 1970 a créé des inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des pays. Celle-ci a eu pour conséquence au Cameroun une hausse globale de la morbidité pendant cette période. À partir des années 2010, le pays a connu une baisse globale de la morbidité et une amorce de la transition épidémiologique caractérisée par une baisse de la prévalence des maladies transmissibles et une augmentation de celle des maladies non transmissibles. La réduction des maladies transmissibles est liée à l'amélioration des facteurs de risque majeurs tels que l'accessibilité à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement de l'environnement immédiat. Malgré cette transition épidémiologique, le fardeau et les prévalences des maladies transmissibles demeurent nettement plus élevés que celles des maladies non transmissibles

### **Approches de solution :**

Plusieurs initiatives sont mises en œuvre pour améliorer l'équité dans l'offre de soins et des services socio-sanitaires. Il s'agit de la carte d'égalité des chances instituée par l'article 3 de la loi d'orientation sociale 2010- 15 du 6 juillet 2010 relative à la promotion et à la protection des droits des personnes handicapées est conçue et délivrée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale pour les personnes handicapées. Elle donne accès à des services sociaux de base relatifs à la santé, la réadaptation fonctionnelle, l'éducation, la formation, les transports et les finances.

A la fin de l'année 2017, le MSAS a produit 50.006 cartes soit un taux de couverture de 6% des personnes vivant avec un handicap. La promotion de l'accès de populations clés aux services de soins, travailleurs du sexe, MSM, groupes mobiles, à travers la CMV+, la couverture maladie des PVVIH, etc.

La prise en charge des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) : 904 enfants vivant avec le VIH ont bénéficié de l'encadrement de tuteurs.

L'implication du secteur de la santé dans la déclaration des actes d'état civil.

La promotion de l'adhésion dans les mutuelles de santé : la couverture du risque maladie en 2017 a atteint 49% dont 19% par les mutuelles de santé. Les bourses de sécurité familiale.

L'affectation des 5% des recettes des CDS à la prise en charge des indigents et des cas sociaux.

Aussi, durant les dix dernières années, l'État du Sénégal a consenti des efforts notoires pour renforcer le système de santé et améliorer l'accès global des populations aux soins : construction, réhabilitation et équipement des structures sanitaires de base et de référence.

25.000 Agents Communautaires de Santé (ACS) sont formés sur un paquet de services préventifs, curatifs et promotionnels officient au niveau communautaire (cases et sites communautaires). La répartition des personnels sanitaires est caractérisée par une plus forte concentration à Dakar en particulier, et à l'Ouest du pays en général. Face à la complexité des facteurs de transmission de maladies et dans le cadre de la coopération internationale en matière de santé, le Sénégal a aussi adopté le Règlement Sanitaire International (RSI) et la stratégie « OneHealth ».

Avec l'avènement de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en 2014, le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS) a été mis en place pour renforcer la surveillance des maladies à potentiel épidémique et la riposte, ainsi que la coordination multisectorielle lors des catastrophes ou désastres de portée nationale ou internationale.

Dans le sous-secteur de l'action sociale, la couverture est limitée aux zones urbaines, avec la présence de structures d'action sociale circonscrites au niveau du chef-lieu de département (SDAS) et de certaines communes (CPRS).

Le MSAS a institué une politique pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services.

La mise en œuvre de cette politique est coordonnée par le Programme National Qualité (PNQ), sur la base d'un plan stratégique et de diverses approches spécifiques développées avec certains PTF : 5S, ORCAP (Outils de Renforcement de Capacité par Auto évaluation Participative), Tutorat, FBR.

Dans la même logique, des documents de politiques, normes et protocoles ont été élaborés dans différents domaines pour promouvoir la standardisation des pratiques professionnelles. Selon les résultats de l'ECPSS 2017,

une moyenne de 88% des structures organisent une formation et une supervision de routine des prestataires (60 % dans les hôpitaux contre 90% dans les postes de santé).

Dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, la quasi-totalité des structures (91%), toutes catégories confondues, sont capables de procéder à l'élimination des déchets biomédicaux en toute sécurité. Diverses performances sont rapportées<sup>17</sup> sur l'application des directives de la pharmacovigilance (79%), la sécurité des injections (72%) et le système de recueil, d'analyse et de traitement des événements indésirables graves (EIG) (64%).

#### **Recommandations :**

Au niveau de la gouvernance et du financement :

Le renforcement de la gouvernance et du financement du secteur constitue un préalable pour l'atteinte des objectifs de couverture sanitaire universelle dans le contexte de la gestion axée sur les résultats. Cette approche stratégique adresse entre autres les dimensions suivantes : le pilotage et la coordination, la planification, le suivi et l'évaluation, la recherche, la régulation, la mobilisation accrue des ressources et leur utilisation rationnelle.

Pour de faire, il faut :

Améliorer le système de régulation ;

Renforcer le pilotage et de la coordination du secteur notamment au niveau intermédiaire ;

Mobiliser les ressources domestiques et extérieures ;

Renforcer l'efficacité dans l'utilisation des ressources.

#### **Pour l'offre de services de santé et d'action sociale :**

L'offre de services de santé et d'action sociale de qualité passe par la mise en œuvre effective de la carte sanitaire, le renforcement de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International, la gestion améliorée des urgences, la prise en charge du couple mère-enfant, l'amélioration de la disponibilité des médicaments, la promotion de la santé, et l'amélioration de l'assistance médicosociale et autonomisation des indigents et groupes vulnérables.

Pour cela, il faut :

Mettre en œuvre du PIS conformément aux normes établies par la carte sanitaire ;

Renforcer la sécurité sanitaire nationale et internationale ;

Améliorer la gestion des urgences ;

Améliorer la prise en charge du couple mère enfant et des ado-jeunes ;

Assurer la disponibilité des médicaments et autres produits de santé de qualité ;

Renforcer les soins de santé primaires ;

Renforcer la promotion de la santé et de la prévention ;

Améliorer la lutte contre les endémies majeures.

#### **Au niveau de la protection sociale**

Les ambitions du secteur en termes d'extension de la couverture de protection sociale se justifient par sa position dans les orientations stratégiques du PSE. Dans ce PNDSS, l'approche qui repose sur trois dimensions de la protection sociale, que sont : l'assurance maladie, l'assistance médicosociale et l'autonomisation, sera opérationnalisée à travers les lignes d'action qui suivent.

Pour cela, il faut :

Renforcer les mécanismes de mise en œuvre de l'assurance maladie ;

Mettre en cohérence les différentes interventions pour une protection sociale efficace et efficiente ;

Renforcer la participation et de l'engagement communautaire.

#### **Référence bibliographique :**

1. OMS/Représentation du Niger. Mise en œuvre de la politique des Soins de Santé Primaires au Niger, Août 2007.
2. OMS- Déclaration d'Alma Ata, 1978

3. Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique. Accélérer l'instauration de la santé pour tous les africains. Le scénario de développement sanitaire en 3 phases. Brazzaville, 1989
4. OMS-UNICEF. Initiative de Bamako,
5. Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique. Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire. Avril 2008.
6. La "ceinture africaine de la méningite" s'étend sur 26 pays, d'Est en Ouest de la mer Rouge à l'Atlantique, de l'Éthiopie au Sénégal.
7. 6 CNS 2013
8. 7 L'enquête STEPS réalisée en 2015
9. 8 Registre du cancer, année