



LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS A LA SANTÉ, A L'EAU ET A L'ASSAINISSEMENT AU SENEGAL

RAPPORT DE SUIVI

CRADESC
Human Dignity
POSCEAS
SIDH

30 novembre 2021

Table des matières

I.	INTRODUCTION	3
A.	ORGANISATIONS AUTEURES DU RAPPORT	3
B.	METHODOLOGIE DU RAPPORT.....	4
II.	LE DROIT A LA SANTE	5
A.	LA PYRAMIDE SANITAIRE AU SENEGAL.....	5
B.	LA GESTION DES INFRASTRUCTURES DE SANTE	7
C.	LES DIFFICULTES FINANCIERES ET D'ACCES AUX EQUIPEMENTS DANS LE SECTEUR SANITAIRE.....	11
D.	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	13
E.	EFFECTIVITE ET EFFICACITE DE LA GRATUITE DES SOINS, DE LA CMU ET DU PLAN SESAME	15
F.	L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	22
III.	LE DROIT A L'EAU	23
A.	LA NECESSITE DE METTRE A NIVEAU LES OUVRAGES HYDRAULIQUES AFIN DE GARANTIR LA DISPONIBILITE ET L'ACCESSIBILITE DE L'EAU EN MILIEU RURAL	24
B.	LA PROBLEMATIQUE DE LA QUALITE DE L'EAU POTABLE	26
IV.	LE DROIT A L'ASSAINISSEMENT ET LA QUESTION DES TOILETTES	28

I. Introduction

A. Organisations auteures du rapport

- **Human Dignity**

Association française de promotion et de défense des droits économiques, sociaux et culturels en Afrique subsaharienne, Human Dignity a été fondée en 2014. Elle a le statut consultatif spécial auprès de l'ECOSOC

Adresse : 68, rue Joseph de Maistre – 75018 Paris – France
info@hdignity.org – site internet : www.hdignity.org

- **La Société Internationale pour les Droits de l'Homme/ Section Sénégal (SIDH-Sénégal)**

La SIDH Sénégal est une section de la Société Internationale pour les Droits de l'Homme dont le Secrétariat International est basé à Frankfort (Allemagne). Elle a pour but de promouvoir et de protéger les droits humains par une approche participative, éducative en cherchant à développer le sens de la responsabilité, de la dignité, du civisme, de la justice et de la paix.

Adresse : Av Blaise Diagne BP 15734 – Dakar, Sénégal
sidhsenegal@yahoo.fr – site internet: www.ishr.org

- **POSCEAS : Plateforme des Organisations de la Société Civile pour l'Eau et L'Assainissement au Sénégal**

La POSCEAS est un espace de concertation, de mobilisation, d'anticipation, de proposition, de plaidoyer et de mise en cohérence des actions des OSC en vue d'une contribution efficace à la gouvernance du secteur Eau et Assainissement.

Adresse : Cité Aliou Sow, immeuble Omar Demba SAL sis 2 voies liberté 6 BP 4109 - Dakar Sénégal
Contact : Mme Mame Tacko DIALLO Gaye, Coordinatrice POSCEAS, + 221 - 77533 22 96
Site internet : www.posceas.org

- **CRADDESC : Centre de Recherche et d'Action sur les Droits Économiques, Sociaux et Culturels (CRADDESC)**

Le CRADDESC est un thinkthank et un cadre de plaidoyer en Afrique de l'Ouest francophone et au Sahel agissant exclusivement pour la prise en compte des droits économiques, sociaux et culturels. Il se positionne comme un centre de recherche et d'action sur les législations, les politiques publiques et les pratiques touchant aux droits sociaux, économiques et culturels en Afrique de l'Ouest et dans le Sahel.

Adresse : Villa 7336, Sotrac Mermoz - Dakar, Sénégal
contact@cradesc.Org, site internet : www.cradesc.org

B. Méthodologie du rapport

Le présent rapport est le fruit du travail conjoint entre les ONG mentionnées ci-dessous. Il découle d'une mission conjointe organisée à Dakar, Sénégal, du 2 au 10 août 2021 par Human Dignity et la SIDH afin d'évaluer la mise en œuvre de certaines recommandations adoptées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (ci-après CODESC) à l'attention du Sénégal en 2019¹. A l'occasion de cette mission, plusieurs rencontres ont été organisées (Annexe 1).

Le rapport se concentre sur le droits à la santé et à l'assainissement. Bien que le droit à l'eau n'ait pas fait l'objet de recommandations spécifiques par le CODESC en 2019, nos organisations ont jugé utile d'intégrer des informations à ce sujet compte tenu des difficultés rencontrées par les populations pour jouir d'une eau potable de qualité. Ce choix s'inscrit également dans la perspective du 9e Forum mondial de l'eau qui aura lieu au Sénégal du 21 au 26 mars 2022.

Le présent rapport présente les conclusions de cette mission. Les informations recueillies sont également basées sur les recherches des organisations auteures de ce rapport.

Coopération avec les autorités

Nous tenons à remercier les personnes et représentants des ministères et institutions publiques rencontrés, en particulier, l'Agence de la Couverture Maladie Universelle, l'Office des forages ruraux, le Comité sénégalais des droits de l'Homme, la direction de l'assainissement au sein du ministère de l'Eau et l'Assainissement.

Bien entendu, nos organisations sont conscientes que la mise en œuvre des droits économiques, sociaux et culturels (ci-après DESC) est rendue difficile par la crise sanitaire en cours. Cependant des progrès sont possibles pour améliorer encore la jouissance des droits à la santé et à l'eau par les Sénégalaises et Sénégalais. Nous appelons donc les autorités ainsi que ses partenaires à redoubler d'efforts pour réduire l'impact de la situation sécuritaire sur la jouissance des droits humains par les populations concernées.

Obstacles au recueil d'informations

Peu de données statistiques officielles à jour sont disponibles sur les DESC. Le Comité sénégalais des droits de l'Homme ainsi que des organisations de la société civile que nous avons rencontrés lors de notre mission au Sénégal ont souligné que le manque de données statistiques sur les droits humains constituait un grand problème qui compromettrait leur réalisation. La définition de politiques publiques et leur évaluation ne peut être complète sans accès à des données à jour et désagrégées. Nous appelons donc le Sénégal à redoubler d'efforts à ce sujet.

¹ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observations finales concernant le troisième rapport périodique du Sénégal, 13 novembre 2019, E/C.12/SEN/CO, <https://undocs.org/fr/E/C.12/SEN/CO/3>

II. Le droit à la santé

Recommandations du CODESC²

Accès aux services de santé de qualité

32. Tout en notant les mesures prises par l'État partie pour aboutir à une couverture universelle de santé, le Comité demeure préoccupé par l'insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé, qui se traduit par le taux extrêmement bas (8 %) du budget de l'État affecté au Ministère de la santé. Le Comité est particulièrement préoccupé par l'insuffisance, d'une part, des mesures prises pour retenir les médecins qualifiés au sein des structures de santé publique et, d'autre part, des moyens permettant un accès gratuit aux soins pour les personnes les plus nécessiteuses (art. 12).

33. Le Comité demande à l'État partie de redoubler d'efforts pour garantir un accès à la santé de qualité sur l'ensemble de son territoire, et notamment :

- a) De rendre effective la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, surtout ceux établis en milieu rural ;
- b) D'élargir la carte sanitaire pour permettre aux enfants vivant dans les zones reculées d'accéder aux services de soins ;
- c) D'accroître le budget de l'État consacré à la santé, afin de pouvoir mobiliser plus de ressources pour recruter le personnel spécialisé et acquérir les intrants nécessaires à l'accès aux services de santé de qualité.

La Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant "non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état de complet bien-être physique, mental et social". La recherche de ce bien être indispensable à une vie humaine harmonieuse fait de la santé un droit humain garanti par plusieurs instruments ratifiés par le Sénégal dont le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (article 12) et la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples (article 16)³. Il figure également à l'objectif n°3 des Objectifs de Développement Durable (ODD) qui vise à permettre à toute personne « de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ».

Tous ces engagements trouvent leur consécration dans le préambule et l'article 8 de Constitution qui classent le droit à la santé parmi les droits économiques et sociaux individuels et collectifs garantis à tous les citoyens par la République du Sénégal.

En vertu des dispositions supranationales et nationales, l'État et les collectivités territoriales sont tenus de promouvoir un système de santé publique inclusive, de protéger les populations contre les maladies par la mise en œuvre de dispositif préventif et curatif ainsi que de réaliser le droit à la santé en veillant à un accès équitable et à moindre coût à des soins de santé primaires.

La réalisation du droit à la santé et l'opérationnalisation des différents engagements du Sénégal dans le domaine sanitaire et de la protection sociale s'effectuent à travers une certaine articulation du dispositif institutionnel et une offre publique dont les forces et les faiblesses sont mis en exergue ci-dessous.

A. La pyramide sanitaire au Sénégal

Le Sénégal a opté pour une politique de déconcentration administrative avec un découpage en 14 régions, 45 départements et 123 arrondissements. Il met également en œuvre une politique de décentralisation progressive et irréversible avec 599 Collectivités Territoriales⁴

² Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observations finales concernant le troisième rapport périodique du Sénégal, 13 novembre 2019, E/C.12/SEN/CO

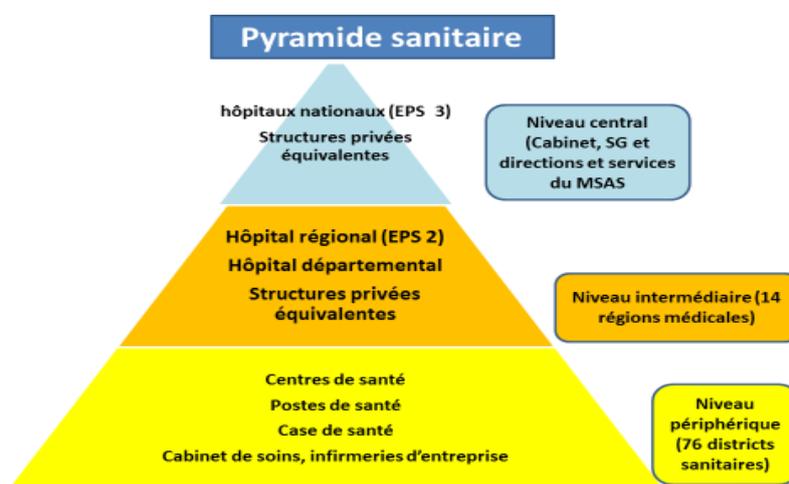
³ La Convention Africaine des Droits de l'Homme et le bien-être de l'enfant et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes reconnaissent également le droit à la santé physique et morale.

⁴ Voir la Loi n°2013-10 du 28 décembre 2013 portant Code général des Collectivités Territoriales, modifiée par la loi n°2014-19 du 24 avril 2014.

(42 départements / CT, 557 communes dont 3 villes qui épousent le contour de leur département administratif) qui sont dotées de compétences transférées dans neuf domaines dont celui de la santé⁵.

L'organisation du secteur socio-sanitaire de type pyramidal est adossée à ce 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 Établissements 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 Établissements 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 Établissements Publics de Santé de niveau 1.⁶



a. Les établissements publics de santé (EPS)

Ils sont au nombre de quarante (40) dont 36 hospitaliers et 4 non hospitaliers. Les EPS hospitaliers sont structurés en trois niveaux :

- 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.

Quatre nouveaux EPS hospitaliers sont en cours de construction dans les régions de Diourbel (EPS de niveau 3), de Kédougou (EPS de niveau 2), de Sédhiou (EPS de niveau 2) et de Kaffrine (EPS de niveau 2).

b. Les districts sanitaires

⁵ Voir le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) 2019-2028 ; <https://www.sante.gouv.sn/sites/default/files/1%20MSAS%20PNDSS%202019%202028%20Version%20Finale.pdf> [consulté le 25 octobre 2021].

⁶ Ibid.

Le Sénégal est divisé en 77 districts sanitaires comprenant :

- 102 centres de santé ;
- 1 415 postes de santé incluant 2 676 cases de santé en 2018.

c. Les structures privées sanitaires (SPS)

L'offre privée de services de soins est également un dispositif important dans la carte sanitaire du Sénégal. Déjà en 2017, le Sénégal comptabilise 2 754 Structures Privées Sanitaires (SPS) réparties comme suit :

- 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, la capitale du pays, l'offre de service médicale privée est largement supérieure à l'offre publique.⁷

Le classement des niveaux des EPS dépend des services offerts et des équipements dont ils disposent. Ce classement influe largement sur les subventions accordées par l'État aux structures.

Toutefois, si la pyramide est bien structurée en théorie, le déficit de système de référencement clair et fonctionnel pose de sérieux problèmes. En effet, le plus souvent l'information suffisante (continu du dossier, bilan déjà fait, traitement reçu, etc.) sur le parcours du patient qui vient du niveau périphérique à travers le labyrinthe sanitaire fait défaut.

Le référencement entre les différents niveaux d'EPS n'est pas non plus compris par les populations. Ainsi, les patients vont consulter directement les spécialistes sans passer par les centres de santé ou les postes pour diverses raisons notamment la méconnaissance, l'insatisfaction par rapport aux services offerts, le manque de formation pour reconnaître certaines maladies.

B. La gestion des infrastructures de santé

L'organisation pyramidale laisse une place importante aux structures hospitalières et aux centres de santé en raison de leur position respectivement dans l'échelon intermédiaire et dans le niveau périphérique du système sanitaire et de leurs apports dans la réalisation des objectifs de politique de santé.⁸

Il est alors important d'analyser les performances du système sanitaire en mettant un accent particulier sur ces types de structures.

⁷ Ibid.

⁸ Papa Yona Boubacar Mané, Performances des Centre de Santé au Sénégal, Santé Publique, 2012/6, Vol. 24, p. 497.

A. La gestion des infrastructures de santé de l'échelon intermédiaire : la gouvernance hospitalière

Une réforme hospitalière dépassée et une nomination non-transparente du personnel de direction et de contrôle

La réforme hospitalière en vigueur au Sénégal datant de 1998, est largement dépassée au regard de l'évolution des autres systèmes de santé dans le monde. La réforme n'a pas résorbé le fossé dans l'accès aux soins selon les zones (urbaines et rurales ou régionales) ni permis de résoudre les dysfonctionnements de la pyramide sanitaire.

La réforme en question ne donne aux médecins qu'un rôle consultatif dans les instances de décision de l'hôpital à travers la commission médicale d'établissement (CME). La CME n'étant qu'un organe consultatif, les directeurs ne sont pas tenus de suivre ces conseils.

Or, les procédures de nomination même des directeurs de direction et des directeurs des hôpitaux ne garantissent pas leurs compétences et leurs performances optimales. Généralement, ces nominations se font sur la base de choix du ministre ou du directeur des hôpitaux (choix politique, amical, etc.).

De même, la nomination aux postes de contrôleurs de gestion et d'auditeur interne se fait par promotion interne par le directeur de la structure hospitalière parfois sans exigence d'une formation diplômante de haut niveau. Ce qui les expose à la volonté de ce dernier. Cette précarité du poste les oblige à exécuter systématiquement les ordres du directeur, même quand ils sont contraires aux règles de gestion.

Recommandations :

Pour parer à ces écueils, il est primordial de :

- **Donner le pouvoir de décision aux médecins dans la gestion des hôpitaux en révisant la réforme hospitalière ;**
- **Valoriser les salaires du personnel médical (médecins) et paramédicaux (infirmiers, aides-soignants) pour éviter de la précarité de ce personnel ;**
- **Mettre en place une bonne politique de référence et de contre référence.**

Au regard de l'importance du rôle de ces directeurs dans la gestion des structures hospitalières, il est impératif de corriger ces anomalies à travers :

- **la nomination sur la base d'appels à candidature avec un contrat de performances ;**
- **la fixation d'une durée maximum du contrat de 3 ans non renouvelable ;**
- **l'Inclusion d'une culture de redditions des comptes à travers une évaluation annuelle du contrat de performances.**

Concernant, les postes de contrôleurs de gestion et d'auditeur interne, l'accès devrait être organisé à travers une procédure permettant :

- **Une affectation de cadre de gestion et auditeur interne par le ministère comme les agents comptables particulier (ACP) ;**
- **Une exigence d'une niveau minimum requis de Master 2 en gestion et en audit ;**
- **Un poste tournant tous les 3 ans avec des missions et objectifs clairement définis et des contrats de performance.**

Une gouvernance non optimale des directions des hôpitaux

L'organisation de la direction des hôpitaux laisse entrevoir un schéma très éparpillé avec chaque hôpital disposant d'un directeur avec son staff technique (Direction des ressources humaines, auditeur interne, contrôle de gestion, etc.). Cette articulation pèse lourd sur le plan financier avec l'existence d'un personnel pléthorique sans une garantie de performance optimale.

La prise en charge de ces problèmes que rencontrent les centres hospitaliers est cruciale car le principal problème des hôpitaux reste la gestion. Les centres hospitaliers sont des gouffres financiers. Si la gouvernance des hôpitaux publics est réglée, les populations bénéficieront de meilleures conditions de soins et le personnel de santé de meilleures conditions de travail.

L'exemple du centre régional hospitalier de Saint Louis

Le centre régional hospitalier comme celui de Saint -Louis, qui fêtera ces deux centenaires d'existence en 2022, peut être cité en exemple pour rendre compte des problèmes spécifiques des hôpitaux au Sénégal.

Ce centre hospitalier abrité dans des bâtiments construits depuis la période coloniale sans rénovation majeure en dehors de la partie abritant l'administration, fait face à des difficultés telles que :

- L'étroitesse des lieux dans un contexte où l'obligation du respect des normes de construction dans l'île édictées par l'UNESCO (Saint-Louis étant inscrit dans le patrimoine mondial de l'UNESCO) fait que les constructions ne peuvent pas dépasser la hauteur actuelle des bâtiments ;
- L'inadéquation de l'emplacement dans une zone complètement habitée et faisant face à un fleuve qui rend difficile toute possibilité d'extension et l'impossibilité de rajouter un autre niveau aux étages ; alors que la construction en hauteur même pose des problèmes aux patients de mobilité réduite dans un contexte où les ascenseurs sont souvent dysfonctionnels.

Selon les informations recueillies, le manque d'espace a pour conséquence que dans le service de la chirurgie, le chirurgien pédiatre faute de place serait obligé d'y hospitaliser ses malades pour un service qui est déjà étroit car ayant en son sein sept chirurgiens qui s'ils opèrent normalement n'auront pas de place pour les malades. En plus de cela, les patients du service oto-rhino-laryngologiste y sont également hospitalisés.

Du côté du service de la médecine, un pneumologue, qui devrait avoir son service à part, serait obligé de cohabiter avec plusieurs autres spécialités.

Ces situations entraîneraient des retards conséquents dans la prise en charge des patients mais aussi un impact très négatif sur la qualité des soins.

Le centre hospitalier connaîtrait aussi d'autres problèmes courants dans la plupart des hôpitaux du pays notamment :

- L'insuffisance des budgets justifiant souvent le manque de consommables que les patients seraient obligés d'aller acheter hors de l'établissement ;
- Les déséquilibres budgétaires qui seraient à l'origine de retard des paiements des salaires et la difficulté de renouvellement conséquent du personnel ;
- La difficulté de couvrir toute la région malgré la pression démographique et en l'absence d'une augmentation conséquente des établissements sanitaires.

Le gouvernement a entamé un projet de construction d'un nouveau centre hospitalier sur un site d'une superficie de 12 hectares⁹. Ce projet n'est cependant pas nouveau car il est annoncé depuis plusieurs années. Il est important que sa concrétisation devienne effective.

Recommandations :

Pour une gestion plus optimale des ressources humaines et financières au sein des structures hospitalières, il est important de regrouper les directions des hôpitaux en 5 grandes directions :

- **direction des hôpitaux de Dakar ;**
- **direction des hôpitaux du Nord (Saint Louis, Richard Toll, Louga, Ndioum, Ourossogui et Matam) ;**
- **direction des hôpitaux du centre (Thiès, Mbour, Kaolack, Touba) ;**
- **direction des hôpitaux de l'Est (Tambacounda, Kédougou Kaffrine), et**
- **direction des hôpitaux du Sud (Ziguinchor, Sédhiou, Kolda)**

B. La gestion des infrastructures de santé de l'échelon périphérique : les limites de la réforme pour la participation communautaire à la santé

Le modèle de référencement établi dans le système sanitaire fait de l'échelon périphérique un maillon central dont le bon fonctionnement peut « rendre opérationnelle toute la pyramide sanitaire »¹⁰. En effet, «le centre de santé constitue le premier niveau de référence qui supervise les établissements de l'échelon périphérique»¹¹. Le centre de santé a facilité le développement du modèle de participation communautaire à l'effort de santé publique au Sénégal à travers la mise en place des comités de santé¹².

En janvier 2018, les comités de santé et de gestion ont été remplacés par des comités de développement sanitaire (CDS)¹³. Le comité de développement sanitaire est un cadre de concertation entre élus locaux ayant en charge des compétences dans le domaine de la santé des communautés dans le domaine de la participation. Il permet une collaboration entre les responsables des formations sanitaires chargés de la mise en œuvre technique des politiques de santé et l'autorité administrative chargée de la coordination de l'action publique dans leur circonscription.

En effet, la gestion du service public de la santé au niveau local avait fini par montrer ses limites. Le fonctionnement des anciens comités de santé avait révélé quelques problématiques liées notamment à la faiblesse de la représentation des collectivités territoriales. La santé étant une compétence transférée, il est important que les collectivités locales participent à cet effort de santé. Les instances étaient irrégulièrement renouvelées et il y avait une insuffisance dans la planification, la mobilisation sociale, la promotion de la santé, la prise en charge des indigents, la transparence et la redevabilité dans la gestion des ressources financières et du fonctionnement global des Comités de gestion.

Les anciens comités de santé rencontraient par ailleurs un problème dans le renouvellement de leurs instances de direction avec des présidents de comité qui pouvaient exercer 5 ou 10 ans.

⁹ Décret 2021_1163 déclarant d'utilité publique le projet de construction d'un hôpital à Saint-Louis sur le site qui abrite l'hôtel "Mame Coumba Bang".

¹⁰ Papa Yona Boubacar Mané, Performances des Centre de Santé au Sénégal, Santé Publique, 2012/6, Vol. 24, p. 497.

¹¹ Ibid., p.3

¹² Didier Fassin, Éric Fassin, 1989, La santé publique sans l'État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal, pp. 881-891.

¹³ Décret no. 2018-35 du 05 janvier 2018 Portant statuts-types des comités de Développement sanitaire (CDS)

Le CDS, institué pour corriger ces insuffisances, constitue une association devant participer à l'effort de santé et est mis sous la tutelle du ministère de la santé et de l'action sociale. Il comprend les trois organes suivants : l'assemblée générale, le conseil de direction et le secrétariat exécutif. Avec la mise en place des CDS, le Président de comité est remplacé par un secrétaire exécutif disposant de rôles spécifiques et un mandat de 3 ans renouvelable une seule fois.

Le CDS a pour mission de contribuer avec l'État, les collectivités territoriales et la communauté à :

- La promotion de santé des individus, des familles et des communautés ;
- La participation des populations à toutes les étapes de l'identification et de la résolution de leurs problèmes de santé.
- La mobilisation des populations pour le développement sanitaire ;
- L'amélioration de la qualité des prestations des services de santé ;
- La promotion de la solidarité pour l'accès des indigents aux soins ;
- Le plaidoyer auprès des collectivités territoriales et des partenaires techniques et financiers et d'autres partenaires de développement pour leur participation au financement de la santé ;
- La gestion concertée avec l'État et les collectivités territoriales, des centres et postes et postes de santé.

Un an après leur création plus précisément en 2019, 14 Comités Régionaux de Développement au niveau région, 45 Comités Départementaux de Développement, et 177 Comités Locaux de Développement à l'échelle de l'arrondissement, ont été organisés. Ainsi, au total sur les 1511 CDS attendus, 1478 CDS ont été effectivement installés, soit un taux de 99%. Ils sont créés au niveau de chaque centre de santé, poste de santé ou toute autre structure de santé assimilée, sont dotés de la personnalité juridique et placés sous le contrôle du ministre chargé de la santé et de l'action sociale¹⁴.

Cependant les CDS ne pourront jouer leur rôle sans des ressources humaines qualifiées et de ressources financières suffisantes. En effet, le décret de 2018 portant création des CDS confie aux collectivités locales le financement des activités de santé communautaire alors que ces dernières rencontrent des difficultés financières pour la réalisation des projets de développement économiques. Elles dépendent des subventions de l'État : fonds de dotations (FDD) et fonds d'équipement des collectivités territoriales (FECTT).

Par ailleurs, selon les informations recueillies auprès d'un CDS dans un centre de santé (de niveau 1) situé à 10km de Dakar, les membres du CDS seraient des bénévoles qui seraient élus pour une période de 3 ans (renouvelable une fois) ; ils ne recevraient pas de salaire mais une motivation trimestrielle de 50000 FCFA (environ 77 euros), ainsi que 10000 FCFA (soit 15 euros) par mois censés couvrir le coût de leurs appels téléphoniques professionnels. Selon les informations recueillies, le CDS serait responsable de la gestion du budget du centre de santé. Les membres de CDS rencontrés ont souligné le manque d'aide de la part de l'État et le fait qu'ils se voient obligés de chercher d'autres sources de financement, telles que des dons et subventions de la part des ONG. Selon le Directeur exécutif du CDS, en plus du décret ministériel qui détermine le statut des CDS, il faudrait un document qui décrit le fonctionnement des CDS et que ce document soit rédigé et adopté de manière participative après une consultation des personnes concernées.

C. Les difficultés financières et d'accès aux équipements dans le secteur sanitaire

Malgré les insuffisances, une légère évolution est observée par rapport à l'année 2020. En effet le budget 2020 du ministère de la santé et de l'action sociale était arrêté à 701 709 588

¹⁴ https://www.jica.go.jp/project/senegal/008/newsletter/ku57pq0000360xq4-att/newsletter_06.pdf

658 francs CFA (environ 1 079 553 213 euros) en autorisations d'engagement et à 191 714 747 125 francs CFA (294 945 764 euros) en crédits de paiement. Les crédits de paiement prévus pour l'année 2021 sont chiffrés à 216 milliards 580 millions 694 mille 455 francs CFA. Ainsi, le secteur de la santé bénéficie d'une hausse de 13%, concernant les crédits de paiement¹⁵.

Malgré ces efforts, le budget reste quand même insuffisant comme le souligne le syndicat des médecins du Sénégal (SAMÉS) qui demande le respect de l'engagement pris par les chefs d'États membres de l'Union Africaine à Abuja en 2001 d'augmenter le budget gouvernemental alloué au secteur de la santé à hauteur de 15% au moins¹⁶.

En outre, le budget alloué aux hôpitaux publics est insuffisant et ne permet pas de couvrir les primes du personnel. Les sources de financements des hôpitaux provenant principalement des recettes des hôpitaux, des subventions de l'État, des collectivités locales et partenaires techniques et financiers (Banque Mondiale, LUXDEV, ...) ne sont pas forcément arrimés à des objectifs et résultats clairs au niveau interne.

Les financements externes sont les plus souvent ciblés vers des maladies ou programmes spécifiques (SIDA, tuberculose, paludisme, insuffisance rénale, diabète, mère, enfant, etc..) laissant en rade plusieurs spécialités médicales qui ne sont pas concernées par ces programmes et reçoivent très peu de financement.

En ce qui concerne le budget des autres types d'EPS, il serait également très limité. Les médecins perçoivent un salaire fixe et des primes de motivation variables en fonction du budget d'un EPS à un autre.

Pour pallier l'insuffisance des ressources budgétaires, l'État du Sénégal pourrait développer de nouvelles stratégies de financements innovants notamment par l'augmentation substantielle de la contribution de l'État et de ses démembrements au financement de la santé et une réforme de l'assiette fiscale pour une augmentation des ressources domestiques.

Au-delà des problèmes financiers, le secteur souffre d'une mauvaise gestion de la distribution et de la vente de matériel médical et de dispositifs médicaux (consommables).

En pratique, selon les informations recueillies, le Code des marchés publics favorise les moins-disant dans les appels d'offres. Ainsi, l'attributaire du marché de matériel médical fournirait le plus souvent du matériel non normé et de mauvaise qualité dont la durée de vie ou d'utilisation dépasse rarement deux ans. Cette situation augmente les charges financières des hôpitaux qui n'ont pas forcément de financement en investissement. Lorsque le matériel tombe en panne, les services offerts par le matériel concerné sont simplement arrêtés, les patients sont obligés de se rabattre vers d'autres hôpitaux. En plus du problème de sécurité de l'utilisation de ce matériel non normé peut entraîner des erreurs de diagnostic. La maintenance et le traitement des déchets de ce matériel font également défaut.

¹⁵ <https://www.espacedev.sn/lun-30112020>

¹⁶ Déclaration d'Abuja pour une Action accélérée vers l'accès universel aux services du VIH / SIDA, de la tuberculose et du paludisme en Afrique adopté lors Sommet extraordinaire tenu à Abuja pour relever les défis du VIH / SIDA, de la tuberculose, du paludisme et d'autres maladies infectieuses connexes en Afrique en 2001. Site de l'Union Africaine, [En ligne]. <https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf> [consulté le 03 novembre 2021].

Recommandations :

- **Développer de nouvelles stratégies de financements innovants notamment par l'augmentation substantielle de la contribution de l'État et de ses démembrements au financement de la santé et une réforme de l'assiette fiscale pour une augmentation des ressources domestiques ;**
- **Augmenter le budget consacré au secteur de la santé afin de se conformer à la déclaration d'Abuja qui prévoit de consacrer 15% du budget à la Santé ;**
- **Avoir des normes de qualité pour chaque matériel et dispositif médical ;**
- **Mettre en place des centrales d'achat ;**
- **Mettre en place de circuit de maintenance du matériel médical et de traitement des déchets et dispositifs médicaux,**
- **Procéder à des audits (internes et externes) des centrales d'achat (procédures, fournisseurs agréés, qualité du produit) par la mise en place d'un référentiel de système qualité.**

Concernant les financements, il est urgent :

- **De contrôler les opérations d'attributions des marchés afin d'éviter l'acquisition de matériaux de mauvaises qualité et d'une courte durée de vie.**
- **Établir un financement des urgences plus inclusive avec tous les services concernés (médicales, chirurgicales et aide au diagnostic) ;**
- **Favoriser le partenariat public-privé (PPP) pour aider à équiper les hôpitaux sous forme de contrat de leasing pour le matériel médical**

D. La gestion des ressources humaines

Le déficit budgétaire explique le ratio négatif du nombre de médecins pour 10 000 habitants qui est estimé à 0,9 en 2020 contre 0,8 en 2019 pour une cible de 1,3, soit moins d'un (01) médecin pour 10 000 personnes.

La disponibilité des infrastructures et du personnel de santé reste une problématique majeure pour les populations sénégalaises surtout en milieu rural. En effet, la majorité des structures de santé publiques comme privées seraient concentrées à Dakar en raison d'un manque de planification pour atténuer les disparités car même si des efforts auraient été notés pour la création de structures de santé en dehors de Dakar, lesdits EPS manqueraient de médecins spécialistes. "Le manque de médecins spécialistes en dehors de Dakar est un problème très grave. Rien n'a été fait pour attirer des médecins dans des zones rurales".¹⁷

En outre, l'insuffisance des ressources entraîne des conséquences comme le manque de médecins qualifiés même si les indicateurs soulignent des améliorations. Il demeure urgent et nécessaire de consentir plus d'efforts dans le recrutement de personnels qualifiés. En effet, selon le rapport du comité régional de l'OMS pour l'Afrique sur la performance des systèmes de santé dans la région Africaine du 30 juin 2020, le Sénégal en matière d'accès aux soins (physique, financier, socioculturel) présente un indice de performance très faible de 38,1 sur une échelle de 0 à 100. Il en est de même de l'indice de performance relative à la qualité de soins (62,1)¹⁸. D'importants efforts en termes d'investissement restent à faire.

¹⁷ Entretien avec un médecin ayant travaillé en tant que chef de service dans un hôpital universitaire de niveau 3 à Dakar (10 août 2021)

¹⁸ Comité régional de l'Afrique, Rapport sur la performance des systèmes de santé dans la région Africaine de l'OMS, soixante-dixième session virtuelle, 25 août 2020, page10.

La pandémie de Covid-19 a plus que jamais révélé les failles du système sanitaire marqué par une insuffisance des ressources humaines, le faible niveau du plateau technique, la forte concentration des spécialités à Dakar. Cette situation est due aux conséquences que peut avoir le faible niveau du plateau technique sur la suite de la carrière professionnelle des médecins affectés dans les régions reculées et à l'ineffectivité des mesures prises par l'État par rapport à la prime de motivation et la prime d'éloignement. En effet, le Sénégal a adopté des mesures qui devraient contribuer à fidéliser le personnel de la santé, y compris la création des directions des ressources humaines au sein des structures de santé depuis 2004 dans le but de renforcer la coordination de la gestion des ressources humaines. La révision du statut particulier des agents de santé des établissements publics de santé.

Une indemnité d'éloignement et une prime de motivation visant à fixer les professionnels de la santé dans les zones difficiles qui varie entre 35000 FCFA (environ 54 euros) et 40000 FCFA (environ 62 euros) par mois ont été introduites. Malheureusement, cette stratégie n'a été mise en œuvre qu'une seule fois et n'est plus effective. D'autres mesures politiques telles que la mise à disposition des moyens de transport au personnel exerçant le service dans les zones défavorisées et bien d'autres indemnités liées au service sont restées à l'état de promesses. D'ailleurs ce problème risque de perdurer dans la mesure où un faible nombre de médecins spécialistes sont en formation. Le tableau ci-dessous reflète les besoins criants en termes de médecins spécialistes¹⁹

SPÉCIALITÉS SOCIO-PROFESSIONNELLES²⁰	BESOINS
Médecin Radiologue	29
Médecin en kinésithérapie	38
Médecin généraliste	233
Médecin anesthésiste réanimateur	42
Médecin urgentiste	45
Médecin cardiologue	16
Médecin Néphrologue	26
Médecin ophtalmologue	25
Médecin oncologue	18
Médecin radiothérapeute	19
Médecin psychiatre	53
Médecin psychologue	7
Chirurgien-Dentiste	44

Les autres conséquences de l'insuffisance budgétaire restent le manque d'équipements sanitaires et les conditions de travail pénibles surtout dans les zones rurales. Cette réalité est perceptible à travers la répartition des personnels sanitaires avec une plus forte concentration à Dakar, en particulier, et à l'Ouest du pays, en général.

L'étude sur la situation des ressources humaines en santé menée en février 2018 par le ministère de la Santé et de l'Action Sociale a révélé qu'il existe 520 sages-femmes à Dakar sur une norme de 321 soit un surplus de 209²¹. L'absence d'un mécanisme de gestion prévisionnelle des emplois et compétences efficace renforce en grande partie cette situation. Le même déséquilibre est noté pour les spécialités médico-chirurgicales entre Dakar et les

¹⁹ Cellule de la carte sanitaire et sociale, de la santé digitale et de l'observatoire de la santé (CSS DOS), www.sante-digitale.sante.gouv.sn, rapport annuel de suivi de la carte sanitaire, 2019, synthèse, page 23.

²⁰ Besoins en RH par type de services et par catégories socioprofessionnelles au niveau national, 2019 (Source : Rapport annuel de suivi de la carte sanitaire 2019).

²¹ Plan stratégique national de lutte contre le paludisme au Sénégal 2021 - 2025, novembre 2020, p. 13, disponible sur https://senegal-cocreation.com/wp-content/uploads/2021/02/PSN_PNLN_Senegal_Version-finale_-Fevrier-2021.pdf

autres régions du pays, créant un manque d'équité au niveau de l'accès aux services de qualité. A titre d'exemple, il n'y a pas de néphrologues, d'ophtalmologistes, de neurologues, de cancérologues dans plus de 80% des établissements publics de santé. Plusieurs établissements publics de santé ne sont pas aux normes²², avec l'absence de certaines spécialités (cardiologie, dermatologie, etc.)

Si le recrutement accru de personnels techniques a permis de relever les effectifs des médecins, techniciens supérieurs de santé, sages-femmes, infirmiers, assistants infirmiers dans les structures sanitaires, les ratios de couverture pour le personnel de santé qualifié sont déficitaires par rapport aux prévisions.

Recommandations :

- **Créer une base de données fiable du personnel médical et paramédical ;**
- **Instaurer un suivi de la base de données du personnel ;**
- **Mettre en place un service de gestion des carrières et une bonne politique de promotion interne ;**
- **Mettre en place d'une bonne politique médico-sociale pour assurer la gestion de la santé et de la sécurité au travail de ce personnel ;**
- **Améliorer les conditions de travail dans les centres et postes de santé ;**
- **Doter le personnel des comités de développement sanitaire de salaire raisonnable vu l'importance de leurs rôles ;**
- **Accorder des indemnités aux médecins dans les zones rurales pour les inciter à y rester ;**
- **Veiller à une répartition équitable des ressources (humaines, matérielles et financières).**

E. Effectivité et efficacité de la gratuité des soins, de la CMU et du plan sésame

a. La Couverture Maladie Universelle (CMU)

Le programme national de Couverture Maladie Universelle (CMU) a été lancé en septembre 2013. Le ministère de la Santé et de l'Action sociale a été chargé de sa mise en œuvre et un objectif intermédiaire de couverture de 75%, à l'horizon 2017 a été fixé.

Selon les informations qui nous avaient été communiquées par l'Agence de la CMU, l'horizon temporaire aurait été revu et serait fixé à 75% en 2021. Au 31 décembre 2020, le taux de couverture du risque maladie enregistré serait de 53,2%. Ainsi, tous les mécanismes d'assurance maladie, tous régimes confondus, auraient permis d'assurer une couverture du risque maladie à 8.889.741 personnes toutes cibles confondues.

En ce qui concerne le secteur informel et le monde rural, selon les informations qui nous avaient été transmises par l'Agence de la CMU, au 31 décembre 2020, 3.518.538 personnes bénéficieraient d'une couverture à travers les mutuelles de santé à base communautaires avec un taux de pénétration de 78%.

Concernant l'absence de données désagrégées par sexe et âge, l'Agence de la CMU nous a informé qu'elle serait en train d'élaborer des outils de suivi permettant de les obtenir.

²² *ibid.*

Selon l'information disponible sur le site internet officiel de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle, *la CMU offre la possibilité aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture du risque maladie. Cette initiative permet, en effet, aux personnes ayant souvent de faibles revenus (monde rural et secteur informel), d'être affiliées à un régime d'assurance maladie et de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale que sont les imputations budgétaires et les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM).*²³

La CMU est ouverte à tous les Sénégalais sans exception quel que soit le type de régime de couverture. Selon les informations obtenues auprès de l'Agence de la CMU, le focus aurait été surtout mis sur les catégories qui ne disposent d'aucune couverture à savoir le secteur informel et le monde rural avec un accent particulier indigent et groupes vulnérables (Bénéficiaires du Programme de Bourses de Sécurité Familiale et les titulaires de la carte d'égalité des Chances : CEC). Les travailleurs du secteur formel sont couverts à travers les Institutions de Prévoyance Maladie et les fonctionnaires à travers les Imputations Budgétaires.

La CMU est mise en œuvre à travers des mutuelles de santé et implique la décentralisation de l'assurance maladie en s'appuyant sur une approche communale capable de crédibiliser l'adhésion des mutuelles de santé et qui repose sur « Une mutuelle de santé au moins par collectivité locale » avec des critères géographiques et organisationnels : cette stratégie s'articule autour du choix de quatorze (14) départements en raison d'un département par région avec comme critère fondamental la densité de la population.

Les conditions pour adhérer à une mutuelle de santé sont :

- être de nationalité sénégalaise ;
- être âgé d'au moins 18 ans ;
- verser des droits d'adhésion de 1000 FCFA (environ 1,5 euro) ;
- fournir des photos d'identité ;
- s'engager à verser régulièrement ses cotisations pour soi-même et pour les personnes à sa charge selon l'option prise (annuelle, semestrielle ou trimestrielle).

Le montant de la cotisation est de 7000 FCFA (environ 11 euros) par personne et par an, subventionnée à hauteur de 50% pour les personnes qui ont la capacité de cotiser, soit 3500 FCFA (5 euros).

Pour les personnes indigentes, la cotisation est gratuite (prise en charge totale).

La part supportée par les mutuelles de santé inclut : la prise en charge à hauteur de 80% pour les prestations de soins au niveau des structures publiques et les médicaments génériques ainsi que la prise en charge à hauteur de 50% au niveau des pharmacies privées.

Les services que les mutuelles de santé offrent incluent :

- Les consultations primaires curatives ;
- Les consultations préventives ;
- Les hospitalisations ;
- Les accouchements ;
- Les examens complémentaires ;
- Les soins spécialisés ;
- Les évacuations ;
- Les médicaments.
-

²³ <https://agencecmu.sn/presentation-faq>

Selon l'Agence de la CMU, les élèves enrôlés dans les mutuelles de santé représentent 13,88% de la cible. Pour étendre la couverture du risque maladie, l'Agence de la CMU a initié et a mis en œuvre la CMU-Élève et la CMU Daara destinées respectivement aux élèves du primaire, moyen et secondaire et aux Ndongos Daara²⁴ des écoles coraniques.

La CMU-Élève

Un régime d'assurance, basé au niveau des mutuelles de santé, prend en charge à 80% les dépenses de santé des élèves. Pour les médicaments achetés dans les pharmacies privées, la mutuelle de santé va payer la moitié du coût et l'enfant paie l'autre moitié.

Chaque foyer cotise 1000 FCFA par an et par enfant, auquel l'État ajoute 3500 FCFA. L'enfant a dès lors droit à tous les services offerts au niveau des postes et centres de santé. A l'hôpital, il a droit aux consultations et aux médicaments génériques.

Si les parents le veulent, ils peuvent souscrire à une cotisation de 3500 Francs CFA par enfant et par an complétée par l'État à hauteur de 3500 francs CFA. L'enfant a droit, alors, à tous les services offerts au niveau des postes, centres de santé et hôpitaux publics.

la CMU Daara

En juillet 2018, le ministre de la Santé avait annoncé que le programme de Couverture Maladie Universelle (CMU) destiné aux élèves serait étendu aux daaras. Cependant le programme n'a pas encore été lancé sur tout le territoire même si on peut noter une certaine évolution. En effet, certaines autorités telles que quelques mairies, ainsi que des donateurs privés, ont financé l'inscription de plusieurs milliers d'enfants talibés en 2017 et 2018²⁵. Les chefs religieux s'activent de plus dans l'enrôlement des enfants talibés dans la CMU Daara. A titre d'exemple, le guide religieux des Mourides a enrôlé 20.000 talibés dans la Couverture maladie universelle. Il s'est engagé à prendre en charge 127.000 talibés qui ont été identifiés à Touba. A cet effet, il a déjà décaissé 20 millions de francs CFA, soit 30769 euros pour enrôler 20.000 talibés²⁶. Un autre guide religieux de Sédhiou a enrôlé 265 talibés²⁷.

Malgré ces évolutions les autorités doivent redoubler d'efforts dans la mise en œuvre de la CMU des indigents dont les dispositifs existants (certificat d'indigence, secours pour frais médicaux offerts par la direction de l'action sociale et le fonds de solidarité nationale, exemption partielle ou totale offerte par les comités de santé et les services sociaux en milieu hospitalier) sont confrontés à des difficultés liées, notamment, aux lourdeurs administratives et à l'absence de critères claires d'attribution²⁸.

b. Les politiques de gratuité de la CMU

Selon l'information disponible sur le site officiel de l'Agence de la CMU, l'objectif de ces initiatives est d'assurer la prise en charge totale des problèmes de santé d'une certaine catégorie de la population. En fait, ce sont des politiques de subventionnement des coûts. Les programmes qui relèvent directement de la responsabilité de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle incluent :

²⁴ Ce terme fait référence aux enfants talibés.

²⁵ Lauren Seibert/Human Rights Watch. Rapport « La place de ces enfants n'est pas dans la rue » Une feuille de route pour mettre fin à la maltraitance des talibés au Sénégal, 16 décembre 2019.

²⁶ Journal le soleil du 23 février 2020, consulté le 11 novembre 2021, disponible sur <https://fr.allafrica.com/stories/202002240614.html>.

²⁷ Journal Sud quotidien du 12 avril 2021, disponible sur <https://www.msn.com/fr-xl/afrique-de-l-ouest/senegal-actualite/265-talib%C3%A9s-de-oumoul-quraa-enr%C3%B4l%C3%A9s-par-el-hadji-sidya-dram%C3%A9/ar-BB1fyYXX> consulté le 11 novembre 2021

²⁸ Journal le soleil du 23 février 2020, consulté le 11 novembre 2021, disponible sur <https://fr.allafrica.com/stories/202002240614.html>

La gratuité des soins des enfants âgés de moins de cinq (5) ans

Est éligible à ce programme, tout enfant de nationalité sénégalaise qui se présente avec un carnet de santé, un extrait de naissance, un carnet de vaccination ou tout autre document d'état civil pouvant attester de l'âge de l'enfant²⁹.

Toutes les structures sanitaires publiques du pays (poste de santé, centre de santé et hôpital) sont concernées par cette gratuité.

Au niveau des postes de santé, sont gratuits :

- les tickets de consultation ;
- les médicaments génériques (Initiative de Bamako) ;
- les tickets de vaccination ;
- les frais d'hospitalisation (le séjour).

Au niveau de l'hôpital, sont gratuits :

- les tickets de consultation en urgence ;
- les tickets de consultation pour les cas référés.

La gratuité de la césarienne

Est éligible toute femme sénégalaise en état de grossesse dont l'état de santé ou celui du fœtus nécessite le recours à une césarienne. Il s'agit, principalement, des cas de césariennes obligatoires, des césariennes de nécessité et des césariennes de prudence.³⁰

Sont concernées par cette gratuité toutes les structures de santé publiques du pays qui sont en mesure de pratiquer la césarienne à savoir les hôpitaux, les centres de santé, SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence), les centres de santé avec bloc opératoire et les structures de santé qui assurent des soins obstétricaux néonataux d'urgence.

Sont gratuits :

- l'acte opératoire ;
- le bilan pré opératoire ;
- le kit de médicaments et de produits consommables accompagnant ledit acte ;
- le séjour hospitalier n'excédant pas cinq (5) jours ;
- les produits et les médicaments nécessaires à une réanimation éventuelle et le bilan y afférant.

La gratuité pour les personnes âgées de 60 ans et plus (Plan Sésame)

Le plan SÉSAME a pour mission d'assurer aux sénégalais âgés de 60 ans et plus une prise en charge des soins de santé éligibles, au niveau des structures de santé publiques³¹. Cette prise en charge qui est de 100% pour les Personnes À leur Frais (PAF), ne concerne que la part dévolue au patient pour ceux bénéficiant d'une autre prise en charge (IPRES, FNR). Est éligible donc tout Sénégalais âgé de 60 ans et plus pourvoyant aux conditions ci-dessous :

- Disposer d'une carte nationale d'identité sénégalaise numérisée ;
- Respecter la pyramide sanitaire : consulter au niveau périphérique (poste ou centre de santé) et ne se présenter à l'hôpital que s'il y est référé ou en urgence.

²⁹ <https://agencecmu.sn/0-5-ans-0>

³⁰ <https://agencecmu.sn/cesarienne-0>

³¹ *ibid.*

Est concernée par le Plan Sésame toute structure de santé publique, sous provision de respecter la pyramide sanitaire et le système de référence/contre référence, à savoir :

- les postes et centres de santé, qui sont un passage obligatoire pour une consultation de première intention ;
- les hôpitaux de niveau 1, 2, et 3 sur référence par une structure périphérique ou en consultation d'urgence ;
- les établissements publics non hospitaliers pour la réalisation d'examens paracliniques prescrits par les praticiens des structures de santé publiques.

Sont gratuits pour les bénéficiaires du Plan Sésame :

- les consultations ;
- les médicaments essentiels (disponibles au niveau des structures de santé publiques, dans le cadre de l'Initiative de Bamako) ;
- les examens complémentaires ;
- les actes médicochirurgicaux ;
- les hospitalisations.

Sont exclus de cette gratuité les actes suivants (arrêté ministériel N° 2794 MSP/DS/SP du 21 Mars 2010 portant la liste des soins exclus du Plan Sésame) :

- les prothèses (dentaires, de hanches, etc.) ;
- les implants sauf les implants oculaires ;
- les pacemakers ;
- les évacuations sanitaires pour l'étranger ;
- les médicaments de spécialités (des officines privées) ;
- les IRM ;
- les scanners (sauf urgence) ;
- les hospitalisations de 1ère et de 2e catégorie ;
- les soins de beauté ;
- la chirurgie esthétique ;
- le bilan systématique.

La gratuité de la dialyse

La dialyse est gratuite pour tout patient sénégalais souffrant d'une insuffisance rénale chronique, sur prescription d'un néphrologue³².

Cette gratuité implique :

- la possibilité de subir gratuitement des séances d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale dans l'attente d'une place en hémodialyse ;
- la possibilité de subir des séances d'hémodialyse à un tarif réduit dans les structures privées ayant signé une convention avec l'Agence de la CMU, en fonction des places disponibles.

Pour bénéficier de cette gratuité, le patient doit s'inscrire sur la liste d'attente d'un centre de dialyse d'une structure publique.

Sont gratuits pour les patients en dialyse au niveau d'une structure publique :

- la séance de dialyse ;
- le kit d'hémodialyse ou le kit de dialyse péritonéale.

³² <https://agencecmu.sn/dialyse-0>

c. Faiblesses et défis de la CMU et les politiques de gratuité

La CMU et les différentes politiques de gratuité mises en place constituent incontestablement un progrès important vers la réalisation du droit à la santé. Toutefois, celles-ci ne sont pas totalement efficaces car elles ne couvrent pas un nombre important de soins de santé d'une part et d'autre part, en pratique elles ne sont pas toujours effectives à cause des contraintes budgétaires auxquelles font face les EPS.

Selon les informations recueillies lors de notre visite dans un centre de santé (de niveau 1) situé à 10km de Dakar, il y aurait plusieurs problèmes liés à la mise en œuvre de la CMU et les politiques de gratuité.

En ce qui concerne l'accessibilité de l'information qui comprend, entre autres, le droit de recevoir des informations concernant les questions de santé, le Comité de développement sanitaire (CDS) du centre de santé que nous avons visité a souligné la nécessité d'informer et sensibiliser les gens sur la CMU. Selon les membres du CDS beaucoup de gens ne seraient pas au courant de l'existence de la CMU. Le CDS a également souligné le fait que le comité n'avait pas les moyens nécessaires afin d'organiser une campagne de sensibilisation sur la CMU.

D'autre part, il faut souligner que la CMU et les politiques de gratuité n'arrivent pas à résoudre tous les problèmes liés à l'accessibilité économique des soins de santé.

Concernant la CMU, selon les informations recueillies auprès du même centre de santé, le coût resterait élevé pour une grande partie de la population alors qu'un nombre important de soins de santé ne serait pas couvert par cette initiative et des frais demeurent même pour les personnes qui y ont adhéré.

Ainsi, l'adhésion elle-même serait chère car en plus du prix officiel de 1000 FCFA, il faudrait également présenter des documents et des photos ce qui coûte aussi de l'argent. En plus, une seule personne ne pourrait pas adhérer seule, elle devrait ajouter au moins deux personnes à charge. Pour bénéficier de la réduction des médicaments, il faudrait se rapprocher d'une pharmacie agréée alors que ces pharmacies souvent n'auraient pas les médicaments nécessaires. Selon le CDS du centre de santé, le manque de médicaments serait un problème majeur.

De plus, la CMU aurait une zone de couverture déterminée et les personnes qui en bénéficient ne pourraient se soigner que dans leur collectivité locale. L'exception à cette règle serait que si la maladie ne pouvait pas être soignée au niveau local, le patient pourrait monter au niveau régional. Si les bénéficiaires changent de ville, ils devraient faire une nouvelle adhésion et en payer le coût.

Aussi, alors que selon les informations disponibles sur le site internet officiel de l'Agence de la CMU, les examens complémentaires et les soins spécialisés sont couverts, selon les informations que nous avons recueillies lors de notre visite dans le centre de santé, le programme ne couvrirait que les consultations chez les médecins généralistes et les patients bénéficiaires devraient payer les consultations chez les médecins spécialistes. Les chirurgies ne seraient pas non plus couvertes. Enfin, la CMU ne couvrirait pas les maladies chroniques. La conséquence de tout cela, selon nos interlocuteurs au centre de santé, serait que le système de la CMU ne fonctionne pas bien car il reste cher et que les gens n'y adhèrent que s'ils sont malades.

Par ailleurs, selon le point focal CMU du centre de santé, la part (50% pour les bénéficiaires classiques) de la cotisation de la CMU et la totalité de la cotisation pour les catégories

vulnérables que l'État doit verser aux centres de santé ne seraient pas payés régulièrement par l'État ce qui aurait un impact très négatif sur les budgets des structures de santé. Selon les informations recueillies auprès de ce centre de santé, ces retards dans le paiement des cotisations subventionnées pourraient aller jusqu'à un an pour les bénéficiaires classiques, alors que pour les bénéficiaires dont les cotisations sont prises en charge à 100% par l'État, le centre de santé visité n'aurait pas reçu les versements depuis 2017. Par exemple, la CMU devrait actuellement à l'hôpital régional de Saint Louis, cité plus haut, plus de 600 millions de FCFA.

S'agissant du plan SÉSAME, nos interlocuteurs au centre de santé ont fait part des difficultés liées à l'adhésion au plan. Un bon nombre de démarches administratives doivent être réalisées afin de pouvoir en bénéficier³³. Par ailleurs, selon les informations recueillies auprès du centre de santé, il est souvent demandé à des bénéficiaires du plan SÉSAME de payer leurs frais hospitaliers alors que théoriquement, ils devraient en être exonérés. Un membre du personnel du centre de santé visité expliquait d'ailleurs à ce propos que "Dans toutes les structures de santé, on doit payer avant de se faire soigner. Si tu ne peux pas payer, tu ne seras pas soigné". En outre, le plan SÉSAME ne couvrirait ni les médicaments ni les analyses qui coûtent assez chères.

En ce qui concerne les contraintes budgétaires auxquelles font face les EPS, les membres du CDS du centre de santé ont fait état du fait que les budgets des EPS ne seraient pas suffisants. Les médecins reçoivent un salaire fixe et des motivations qui ne sont pas fixées. Les motivations varient d'un EPS à un autre en fonction du budget de l'EPS. Selon les membres du CDS, ces contraintes budgétaires seraient également la raison pour laquelle la CMU et les politiques de gratuité ne seraient pas effectives en pratique.

Par ailleurs, selon les informations recueillies auprès d'un médecin ayant travaillé en tant que chef de service dans un hôpital universitaire de niveau 3, dans les hôpitaux les patients devraient toujours payer à l'avance, car au niveau des hôpitaux, tout le monde payerait les consultations, y compris les enfants de moins de 5 ans. "La CMU est une utopie, l'hôpital ne reconnaît pas la CMU", nous a expliqué le médecin.

Il a également souligné les contraintes budgétaires auxquelles font face les hôpitaux publics : "Les budgets des hôpitaux sont largement insuffisants. Ces budgets doivent aussi couvrir les primes pour le personnel. C'est la responsabilité de l'hôpital de payer les primes qui sont un pourcentage de ce que les médecins gagnent et ne sont pas fixées. Les prix des consultations varient d'un hôpital à un autre. Chaque hôpital fait en fonction de son bon vouloir".

Recommandations :

- **Libérer - à temps les fonds dus aux structures sanitaires dans le cadre de la CMU, afin de rendre celle-ci effective.**
- **S'assurer que les EPS disposent des budgets adéquats qui leur permettent de rendre effectives les politiques de gratuité des soins, y compris la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans.**
- **S'Assurer que toute personne de nationalité sénégalaise âgée de 60 ans et plus devient automatiquement bénéficiaire du plan Sésame sans devoir réaliser des démarches administratives au préalable.**

³³ Pour bénéficier des gratuités du plan sésame, il faut fournir les bulletins de visite ou bulletin de demande de radiologie, d'analyse médicale, d'hospitalisation et de tout autre acte médical demandé et une copie légalisée de la carte nationale d'identité.

- Revoir, évaluer et réformer la CMU afin de rendre celle-ci plus efficace et abordable, y compris pour les personnes les plus nécessiteuses.
- Redoubler d'efforts pour informer et sensibiliser la population sur l'existence de la CMU et les différentes politiques de gratuité des soins.

F. L'Interruption Volontaire de Grossesse

Recommandations du CODESC³⁴

Droit à la santé sexuelle et procréative

36. Le Comité relève avec préoccupation que l'interruption volontaire de grossesse constitue une infraction pénale dans l'État partie, sauf dans le cas où la vie de la femme est en danger, ce qui a pour conséquence que de nombreuses femmes avortent clandestinement, sans assistance médicale, et souffrent par la suite de complications qui mettent en danger leur vie et qui, dans certains cas, entraînent leur mort, complications accentuées en milieu rural. Le Comité note par ailleurs le taux élevé de grossesses précoces qui entravent le droit à l'éducation et le droit à la santé des jeunes filles. Tout en notant le caractère tabou de la question de la sexualité et des réticences socioculturelles y afférentes, le Comité est préoccupé par l'accès insuffisant à l'information et aux services sur la sexualité et la reproduction, qui devraient aborder la prévention des violences sexuelles et les risques liés aux grossesses précoces (art. 12).

37. Le Comité recommande à l'État partie :

- De réviser sa législation pénale afin de la rendre compatible avec les droits des femmes, et d'élargir les circonstances autorisées pour l'interruption volontaire de grossesse ;
- De veiller à ce que les femmes qui ont recours à cette pratique ne soient pas tenues responsables pénalement ;
- D'assurer la diffusion d'informations et la prestation de services adaptés de qualité en matière de santé sexuelle et procréative, et de garantir l'accès à ces informations et services, notamment aux services de planification familiale, à toutes les femmes et adolescentes, en particulier dans les zones rurales et reculées ainsi que dans les écoles.

38. Le Comité appelle l'attention de l'État partie sur son observation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative.

La loi sur l'avortement au Sénégal est l'une des plus restrictives au monde et elle contribuerait directement à l'incidence de l'infanticide. Selon la loi sénégalaise, l'avortement n'est autorisé que lorsqu'il est le seul moyen de sauver la vie de la personne enceinte. Dans ces situations, le médecin traitant doit consulter deux autres médecins, dont l'un doit être nommé par le tribunal, qui examinent également la personne enceinte et attestent par écrit que l'intervention est nécessaire pour sauver la vie de la personne enceinte (sans exception pour viol ou inceste). Ceux qui tentent un avortement de son bon vouloir pour eux-mêmes et ceux qui pratiquent l'avortement pour d'autres sont passibles de cinq ans de prison et d'une amende³⁵.

Des groupes au Sénégal plaident depuis longtemps pour la légalisation de l'avortement en cas de viol ou d'inceste, pour que les femmes ne soient pas contraintes de faire le choix extrêmement difficile entre avorter clandestinement dans des conditions qui mettent leur vie en danger ou garder l'enfant qui sera dans tous les cas rejeté par la société.

Cependant, des facteurs socioculturels et politiques rendent les membres du gouvernement réticents à prendre publiquement position sur la réforme de la loi sur l'avortement, ce qui entrave les progrès. En outre, la stigmatisation sociale réduit au silence de nombreuses

³⁴ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observations finales concernant le troisième rapport périodique du Sénégal, 13 novembre 2019, E/C.12/SEN/CO

³⁵ Code Pénal Sénégal P. 50-51.

personnes qui ont avorté et modifie également la manière même dont les statistiques sur l'avortement sont enregistrées dans le pays. Par exemple, pour empêcher le maintien de l'ordre des patientes dans les établissements de santé, la plupart des avortements provoqués sont enregistrés comme des « fausses couches » par les agents de santé, plutôt que des avortements illégaux. Cette pratique, cependant, contribue à l'effacement de l'avortement des statistiques de l'état civil, et à l'invisibilité de l'avortement qui en résulte dans le pays sapant les efforts de plaider pour faire comprendre le besoin généralisé de soins d'avortement sans risque. Même parmi les politiciens convaincus de la nécessité de libéraliser la loi sur l'avortement, de puissants chefs religieux et groupes d'intérêt se sont avérés efficaces pour empêcher les législateurs d'agir³⁶.

Selon la première estimation nationale de l'indice de l'avortement du Centre de Recherche pour le Développement (CRDH) et l'Institut Guttmacher faite récemment, le Sénégal comptabilise 16,9 avortements pour 1000 femmes en âge de procréer. L'incidence de l'avortement au Sénégal est inférieure à l'estimation régionale pour l'Afrique de l'Ouest (28 avortements pour 1000 femmes) mais supérieure à celle des États-Unis (14,6 avortements pour 1000 femmes). Sur les 51 500 avortements estimés survenus en 2012, plus de la moitié (55 %) ont connu des complications³⁷.

Recommandation : Élargir les circonstances autorisées pour l'interruption volontaire de grossesse.

III. Le droit à l'eau

Recommandations du CODESC³⁸

Droit à la santé et environnement

34. Le Comité est préoccupé par le manque de mesures prises pour lutter contre la pollution atmosphérique, notamment à Dakar, par les conséquences du déversement d'ordures ménagères et d'eaux usées dans les zones urbaines et périurbaines, et par la pollution provoquée par l'utilisation et le rejet de sachets plastiques malgré l'adoption de la loi no 2015-09 du 4 mai 2015 relative à l'interdiction de la production, de l'importation, de la détention, de la distribution, de l'utilisation de sachets plastiques de faible micronnage et à la gestion rationnelle des déchets plastiques (art. 12).

Le Comité encourage l'État partie à prendre immédiatement des mesures pour remédier aux risques environnementaux qui altèrent la santé de la population, notamment en milieu urbain et périurbain :
(...) b) En améliorant l'encadrement et la gestion des eaux usées ; (...).

La Constitution du Sénégal ne garantit pas explicitement le droit à l'eau. Cependant, implicitement elle le reconnaît à travers deux de ses dispositions :

- L'article 8 qui stipule que l'État "garantit à tous les citoyens les droits économiques et sociaux". Le droit à l'eau découle du droit de toute personne à bénéficier d'un niveau de vie suffisant, droit garanti par l'article 11 du Pacte International relatif aux droits économiques et culturels de 1966 (PIDESC) ;
- L'article 98 qui rappelle le régime moniste du Sénégal cad que les traités ratifiés tels que le PIDESC ont une autorité supérieure à la loi.

³⁶<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2019.1624116>

³⁷Siri SUH, Comptabilisation de l'avortement : Accomplir une gouvernance reproductive transnationale à travers les soins post-avortement au Sénégal, Pages 662-679 | Reçu le 26 mai 2016.

³⁸ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observations finales concernant le troisième rapport périodique du Sénégal, 13 novembre 2019, E/C.12/SEN/CO

Au niveau régional, des instruments régionaux reconnaissent l'exercice d'un droit à l'eau, notamment la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, le Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, ou encore la Charte des Eaux du Fleuve Sénégal de 2002 qui prévoit qu'une eau salubre est un droit fondamental.

Puisque le Sénégal reconnaît implicitement un droit à l'eau, notamment à travers les dispositions de sa Constitution et des traités qu'il a ratifiés, il s'agit dorénavant de le reconnaître explicitement. Cette reconnaissance pourrait être faite notamment à travers une loi en révisant le Code de l'eau. L'idée étant que cette reconnaissance se traduise par une définition juridique du droit à l'eau. Cela permettrait de donner plus de visibilité à ce droit dans l'ordre juridique interne du Sénégal et donc aux justiciables de revendiquer leur droit à l'eau plus aisément.

Par ailleurs, selon les informations recueillies auprès du Comité sénégalais des droits de l'Homme, le droit à l'eau au Sénégal ne serait qu'un concept pour le moment et l'approche de la gestion de l'eau ne serait pas fondée sur le droit à l'eau. Nos interlocuteurs du Comité sénégalais des droits de l'Homme ont souligné le besoin de sensibiliser la population sur les DESC et en particulier sur le droit à l'eau.

A. La nécessité de mettre à niveau les ouvrages hydrauliques afin de garantir la disponibilité et l'accessibilité de l'eau en milieu rural

Entre 2005 et 2017, les taux d'accès à l'eau potable ont évolué de façon significative en zone rurale pour atteindre finalement les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) que le pays s'était fixé, voire les dépasser³⁹.

Cependant, il faut reconnaître que dans le domaine, les performances notées cachent d'énormes disparités liées à la position géographique de la région, de la commune ou de la localité, au statut des quartiers (réguliers, irréguliers ou spontanés) qui ouvre ou non à la possibilité d'un raccordement au réseau d'eau ou d'assainissement et à un abonnement au service associé; ainsi qu'au niveau de service pouvant être offert à l'utilisateur (branchement particulier, borne fontaine, branchement à l'égout, service privé de vidange des fosses à des coûts très différenciés selon la situation géographique de l'utilisateur).⁴⁰

Une différence importante également persiste entre le milieu urbain où le taux d'accès basique à l'eau est de 92,32% et le milieu rural où le taux d'accès basique à l'eau potable est de 70,46%.⁴¹

Le Sénégal a engagé depuis 1999, la réforme du sous-secteur de l'hydraulique rurale visant à améliorer l'accès à l'eau et la qualité du service, à travers une professionnalisation de la gestion des systèmes d'Approvisionnement en Eau Potable (AEP).

La réforme confie la gestion des réseaux d'eau potable en milieu rural sénégalais à des opérateurs privés dans le cadre de la délégation du service public d'eau potable à travers des contrats d'affermage.

³⁹ Revues annuelles conjointes PEPAM 2008 à 2017 ; Rapports annuels d'activités SONES et SDE .

⁴⁰ "Connaissances actualisées de la dynamique du secteur de l'eau au Sénégal: Cartographie des interventions des organisations de la société civile dans le secteur de l'eau et de l'assainissement"; La plateforme nationale des organisations de la société civile sur l'eau et de l'assainissement au Sénégal (POSCEAS) et Coalition Eau; Mars 2021; [rapport-final-osc-vf-21-04-2021-adt-mmd-2.pdf \(coalition-eau.org\)](#)

⁴¹ Joint Monitoring Program (JMP) 2017. Le JMP est un programme conjoint de l'OMS et de l'UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène qui présente des estimations nationales, régionales et mondiales des progrès accomplis dans le domaine de l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH).

Cette réforme est également appelée la privatisation de l'eau et suscite actuellement beaucoup de débats au Sénégal. La réforme est perçue comme une privatisation au détriment des acteurs nationaux, avec le recours à des privés étrangers qui réalisent des profits à travers l'exploitation du patrimoine constitué en partie avec une contribution financière importante des populations.⁴²

La pertinence de la réforme et les performances des délégataires (les entreprises privées) ne seront pas analysées dans ce rapport. Le rapport se limitera à signaler des manquements par rapport aux obligations de l'État qui compromettent la disponibilité et l'accessibilité de l'eau en milieu rural.

Conformément à la réforme de l'hydraulique rurale, l'État est chargé, au titre des obligations de la partie publique, des mesures d'accompagnement à mettre en œuvre. Ces mesures d'accompagnement incluent, entre autres, le financement des programmes de réhabilitation, de mise à niveau, de renforcement et d'extension des ouvrages hydrauliques.⁴³

Nos organisations sont alarmées par les retards et manquements par rapport aux obligations de l'État dans la remise en état des systèmes AEP.

La gestion du patrimoine et le renouvellement des infrastructures d'hydraulique et d'assainissement ainsi que la maintenance de la petite hydraulique villageoise restent une gageure pour les agences gouvernementales responsables et les opérateurs de services.⁴⁴

L'État du Sénégal a investi d'importants moyens pour mettre à la disposition des populations urbaines et rurales des infrastructures adéquates, afin d'assurer leur approvisionnement en eau potable de façon durable et de maintenir un cadre de vie sain. Mais les systèmes de comptabilité publique des immobilisations du patrimoine hydraulique et assainissement, qui régissent l'ensemble des périmètres affermés ou non, demeurent faibles voire précaires.

L'accès en eau et la desserte des localités de moins de 500 habitants, en nombre très important dans le pays, sont encore assurées par les pompes à motricité humaine ou les puits modernes. Certaines régions (souvent périphériques), caractérisées par une rareté des ressources souterraines en eau, ne comptent que sur ce mode d'approvisionnement en eau pour satisfaire les besoins des populations et du cheptel (Tambacounda, Kédougou, Kolda et Matam).⁴⁵

En milieu rural, avec 42% des localités sans accès à l'eau par adduction (sur les 15 992 que compte le pays), il apparaît nettement une concentration de la desserte dans certaines parties du pays et dans de grandes localités. L'urgence se trouve donc dans la révision de la stratégie de ciblage des sites pour les nouvelles réalisations afin de corriger plus efficacement les disparités. Les critères du poids démographique, de l'accessibilité ou parfois de la notoriété sociale des sites ne doivent plus être les seuls éléments de priorisation des investissements.⁴⁶

Par ailleurs, nos organisations restent préoccupées par le fait que le financement du secteur de l'hydraulique s'est révélé être fortement tributaire de l'aide publique au développement. L'État y contribuant à hauteur de douze (12%) à cinquante (50%) pour cent sur fonds propres avec la BCI et la SONES. Une part importante de ce financement est allouée à l'État ou à la

⁴² Note de synthèse pour l'opérationnalisation des recommandations de la mission d'évaluation de la réforme de l'hydraulique rurale au Sénégal ; Groupe SOTERCO ; juillet 2021

⁴³ Ibid.

⁴⁴ « Connaissances actualisées de la dynamique du secteur de l'eau au Sénégal: Cartographie des interventions des organisations de la société civile dans le secteur de l'eau et de l'assainissement"; La plateforme nationale des organisations de la société civile sur l'eau et de l'assainissement au Sénégal (POSCEAS) et Coalition Eau; Mars 2021; [rapport-final-osc-vf-21-04-2021-adt-mmd-2.pdf](https://coalition-eau.org/rapport-final-osc-vf-21-04-2021-adt-mmd-2.pdf) (coalition-eau.org)

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

SONES sous forme de prêt (40 à 83% selon les périodes) à taux concessionnels. En revanche, dans le sous-secteur de l'hydraulique rurale, les dons prennent le pas sur les prêts (les dons remboursables ou non peuvent représenter jusqu'à 85 % des financements mobilisés).⁴⁷

Recommandations :

- Mobiliser les ressources financières nécessaires afin d'assurer le développement de l'accès et à la remise en état des systèmes d'approvisionnement en eau potable.
- Évaluer et Réviser les politiques et stratégies sectorielles afin de corriger fortement les disparités en accélérant la mise en œuvre de programmes de ciblage de type géographique et du genre dans les sous-secteurs de l'eau et de l'assainissement.

B. La problématique de la qualité de l'eau potable

Les standards en matière de qualité de l'eau potable tels que définis par le Code de l'eau

Le Titre II du Code de l'eau (articles 47 à 63) est consacré à la protection qualitative des eaux. En ce qui concerne les critères de potabilité de l'eau, l'article 51 du Code de l'eau se contente d'affirmer que :

« Les eaux d'alimentation doivent satisfaire les normes de potabilité en vigueur, notamment en ce qui concerne leurs caractéristiques physiques, chimiques, biologique et bactériologiques ». Par ailleurs, l'article 56 du Code de l'eau prévoit que :

En cas de distribution publique d'eau potable, le service distributeur ou le concessionnaire doit vérifier, en tout temps, que les dispositions ci-dessus sont respectées.

Pour le contrôle de la qualité de l'eau, il est nécessairement fait appel au service de santé ou à un laboratoire agréé par l'administration.

Les agents et fonctionnaires chargés du contrôle fixent la périodicité des prélèvements. Ils sont tenus de veiller à ce que le contrôle ci-dessus soient bien effectués et que les normes soient bien respectées. »

L'article 57 précise que : "Les agents et fonctionnaires chargés du contrôle doivent assurer le contrôle de la qualité des d'eau, l'examen périodique du degré de pollution des cours d'eau, nappes souterraines et proposer l'élaboration de nouvelles normes. Ils ont libre accès à toute installation."

L'article 67 du Code de l'eau stipule: "Nonobstant les vérifications qui peuvent être faites par les services de contrôle ou organismes qualifiés, le service de distribution ou le concessionnaires est toujours tenu pour responsable des dommages causés par la mauvaise qualité des eaux, en en raison d'un défaut d'entretien ou de gardiennage des ouvrages en exploitation, à charge pour le service ou le concessionnaire de se retourner, s'il y a lieu, contre l'auteur ou les auteurs de la pollution."

La qualité de l'eau potable, un défi majeur

Malgré des progrès significatifs faits surtout en milieu urbain, la qualité de l'eau au Sénégal reste un défi majeur à relever.

En milieu urbain, le taux de conformité bactériologique de l'eau est passé de 92% en 1996 à 98,54% en 2015, une performance dépassant les recommandations de l'OMS qui sont de

⁴⁷ Ibid.

96%.⁴⁸ Cependant, la Société Nationale des Eaux du Sénégal (la SONES)⁴⁹ continue d'accorder des dérogations aux opérateurs privés sur près de 20% de la production d'eau distribuée sur l'ensemble du périmètre affermé⁵⁰ (contrat de performance SONES/SDE, rapports annuel d'activités de SDE). Cette situation n'est pas conforme aux normes de qualité de l'eau de boisson recommandée par l'OMS et préconisée par l'État⁵¹.

Il faut également noter que d'énormes disparités persistent entre les milieux urbain et rural ainsi qu'entre les différentes régions géographiques. La problématique de la qualité des eaux au Sénégal est une réalité dans les régions centres du pays pour la principale nappe du bassin sénégal-mauritanien, les zones deltaïques, pour les cours d'eau et les zones à fortes activités minières et agro-industrielles (vallée fleuve Sénégal, Falémé, fleuve Gambie et la cuvette de l'Anambé).

En milieu rural, par exemple, l'eau reçue par le tiers des populations, desservies par des forages ruraux motorisés dans la zone centre du pays, n'est pas conforme aux normes recommandées par l'OMS. Selon l'étude relative à l'élaboration de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de l'eau (DGPRE, 2015), un peu plus de 1 062 000 personnes sont touchées par des problèmes de qualité d'eau relatifs à des teneurs en fluor et sel supérieures aux normes OMS. Des problèmes de qualité bactériologique sont également notés et constituent une autre problématique majeure dans la mesure où moins de 5% des systèmes d'Approvisionnement en Eau Potable en milieu rural sont équipés de pompes doseuses à chlore⁵².

Un grand nombre de forages de la partie occidentale du pays, la plus peuplée, sont salés. Les points d'eaux non salés sont souvent pollués (puits) et près d'un tiers d'entre eux présentent des concentrations en fluor très élevées (jusqu'à 10mg par litre)⁵³. L'eau fluorée paraît 'bonne' (lorsqu'elle n'est pas salée) à ceux qui la consomment car elle n'a aucun goût, c'est au bout d'une dizaine d'année de consommation que les effets du fluor sur l'organisme se font sentir, et l'impact de la consommation de ces eaux est très variable d'une localité à une autre (sans doute du fait d'une biologie complexe du fluor dans l'organisme). L'excès de fluor et de chlorures de sodium (résidu sec de l'eau ou taux de minéralisation) constitue un réel problème de santé publique pour les usagers. Ces anomalies doivent être corrigées par les agences et les gestionnaires privés délégataires du service de l'eau potable aussi bien en milieu urbain que rural.

En zone rurale, le contrôle de la qualité de l'eau, s'il existe, est fait de façon irrégulière.⁵⁴ En zone affermée⁵⁵, le réseau de distribution de l'eau potable est souvent décrit comme un

⁴⁸ Voir Coalition Eau, la reconnaissance et l'intégration des droits humains à l'eau et à l'assainissement par 10 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, page 9, disponible sur http://hdignity.org/images/Publications2021/RapportDHEA_Coalition_eau.pdf.

⁴⁹ La SONES gère le patrimoine de l'hydraulique urbaine depuis avril 1995 à travers un contrat de concession d'une durée de 30 ans signé avec l'État et d'un contrat de performance d'une durée de 5 ans renouvelable. Elle a en charge la planification opérationnelle des projets et programmes, le développement des infrastructures de l'hydraulique urbaine (recherche de financement, réalisation) et du contrôle des activités du Fermier en charge de l'exploitation du service public de l'eau potable. Le dernier contrat de performance État/SONES en vigueur devrait couvrir la période 2020-2025.

⁵⁰ Le champ d'intervention de l'hydraulique urbaine communément appelé « Périmètre affermé » abrite environ 7.900.000 personnes réparties dans 66 centres urbains qui relèvent de la SONES, société de patrimoine, et de la SEN'EAU, établissement privé d'exploitation des ouvrages de production et du réseau de distribution d'eau potable, qui est entré dans son rôle depuis janvier 2020 en remplacement de la Sénégalaise des Eaux (SDE) à la suite d'un appel d'offres international.

⁵¹ Connaissances actualisées de la dynamique du secteur de l'eau au Sénégal: Cartographie des interventions des organisations de la société civile dans le secteur de l'eau et de l'assainissement"; La plateforme nationale des organisations de la société civile sur l'eau et de l'assainissement au Sénégal (POSCEAS) et Coalition Eau; Mars 2021; rapport-final-osc-vf-21-04-2021-adt-mmd-2.pdf (coalition-eau.org)

⁵² Ibid.

⁵³ Note sur la qualité de l'eau ; La plateforme nationale des organisations de la société civile sur l'eau et de l'assainissement au Sénégal (POSCEAS) https://www.posceas.org/Doc/fichier_Doc_texte_posceas_du_16092021100913.pdf

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ La gestion des réseaux d'eau potable sénégalais est confiée à des opérateurs privés dans le cadre de la délégation du service public d'eau potable à travers des contrats d'affermage.

véritable réacteur, où l'eau et son contenant sont le siège d'interactions physicochimiques et biologiques. L'eau du robinet peut avoir une qualité très éloignée de celle issue de l'usine de production. Les conditions qui contrôlent l'évolution de la qualité de l'eau dans le réseau sont complexes et ont fait l'objet ces dernières années d'une recherche approfondie.⁵⁶

Outre le problème de santé publique que posent les eaux fluorées et/ou fortement minéralisées, une qualité médiocre des eaux souterraines impacte la durabilité des investissements. Des études réalisées par l'ONG ADOS en 2015 dans la région de Matam ont montré que la durée de vie moyenne des forages d'eau à fort taux de fer est 2,5 fois plus courte que les forages d'eau sans fer, et que les coûts de maintenance des forages d'eau augmentent avec leur teneur en fer dissout. Le colmatage des crépines par incrustation provoque des baisses de débit.⁵⁷

Recommandations

- **Corriger les anomalies d'excès de fluor et de chlorures de sodium en transférant l'eau douce souterraine, à partir de champs captant à bon potentiel de ressources bien identifiés ;**
- **Améliorer la qualité de l'eau dans le milieu naturel en réduisant la pollution**
- **Adopter et appliquer le principe de l'économie circulaire (recyclage des eaux usées traitées et des eaux de drainage urbain, recharge des nappes, lutte contre les fuites et les gaspillages d'eau, etc.) et la réutilisation sans danger des eaux traitées.**
- **Développer des stratégies d'amélioration de la qualité de l'eau afin de garantir de façon durable, aux populations urbaines et rurales, un accès à une eau de qualité conforme aux normes sanitaires pour l'eau de boisson et pour les autres usages domestiques.**

IV. Le droit à l'assainissement et la question des toilettes

Au Sénégal, le sous-secteur de l'assainissement regroupe l'assainissement rural et urbain, avec des domaines spécifiques que sont :

- L'assainissement autonome des eaux usées domestiques ;
- L'assainissement collectif ou semi-collectif des eaux usées domestiques et industrielles ;
- L'assainissement des eaux pluviales ou drainage urbain.

L'assainissement rural, qui vise à promouvoir l'accès des ménages ruraux à un assainissement durable, la fin de la défécation à l'air libre (FDAL) et le changement de comportement des populations, fait intervenir la Direction de l'Assainissement au sein du ministère de l'Eau et de l'Assainissement (MEA) en charge de la planification stratégique, de la supervision et du contrôle de la mise en œuvre des programmes d'assainissement liquide.

L'assainissement urbain qui cible le développement de stratégies et d'actions pour la prise en charge de la gestion des eaux usées domestiques et industrielles et du drainage des eaux pluviales, relève de l'Office national de l'Assainissement du Sénégal (ONAS). Toutefois

⁵⁶ Note sur la qualité de l'eau ; La plateforme nationale des organisations de la société civile sur l'eau et de l'assainissement au Sénégal (POSCEAS)

⁵⁷ Connaissances actualisées de la dynamique du secteur de l'eau au Sénégal: Cartographie des interventions des organisations de la société civile dans le secteur de l'eau et de l'assainissement"; La plateforme nationale des organisations de la société civile sur l'eau et de l'assainissement au Sénégal (POSCEAS) et Coalition Eau; Mars 2021; [rapport-final-osc-vf-21-04-2021-adt-mmd-2.pdf \(coalition-eau.org\)](#)

plusieurs autres structures, comprenant les Collectivités territoriales, d'autres Agences de l'État, des ONG et entités privées, interviennent dans la réalisation d'ouvrages d'assainissement des eaux pluviales au plus près des communautés⁵⁸.

Comparé au sous-secteur de l'eau potable en milieu urbain, l'assainissement n'a enregistré que des performances très modestes au regard des besoins importants des usagers.⁵⁹ Le taux global d'assainissement est estimé à 62% en 2018 contre 53,97% en 2017.

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS)⁶⁰ (2018) montre que :

- 56% des ménages sénégalais utilisent des installations sanitaires améliorées⁶¹ et non partagées,
- alors que 44% (un peu plus de deux ménages sénégalais sur cinq) n'ont accès qu'à des toilettes non améliorées⁶² (partagées ou non). Dans la majorité des cas, il s'agit de toilettes partagées⁶³ (22%).
- Le pourcentage de ménages ne disposant d'aucune installation sanitaire et pratiquant la défécation à l'air libre représente 11%⁶⁴. La défécation à l'air libre est de 4% en milieu urbain et 29% en milieu rural en 2017⁶⁵.

On note de forts écarts entre les niveaux d'assainissement en milieu rural et milieu urbain. Ainsi, l'assainissement rural a été le seul sous-secteur à être très significativement en-deçà des objectifs du Millénaire pour le développement - OMD (58% de taux d'accès non amélioré ou partagé en 2017 et 29 % de la population qui défèque à l'air libre), alors que la cible OMD était respectivement de 78% et 62% pour l'urbain et le rural.

L'assainissement en milieu rural s'est heurté aux limites constatées des approches « classiques » lourdement subventionnées et centralisées (telle que le Mécanisme Communautaire et Décentralisé de Développement de l'Assainissement Rural -MCDAR) avec des résultats prometteurs mais une durabilité incertaine.

L'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté (ATPC⁶⁶) développée dans certaines zones rurales du Sénégal à partir de 2008 a permis de réduire très sensiblement dans ces zones la défécation à l'air libre. L'ATPC se focalise sur l'éradication de la défécation à l'air libre comme premier pas significatif et point de départ du changement de comportements. Toutefois, cette approche n'a pas permis de rehausser l'accès à l'assainissement amélioré ; les ménages n'arrivant pas à se construire des latrines adéquates.

En 2013, afin d'améliorer l'accès à l'assainissement en milieu rural, le Sénégal s'est doté d'une nouvelle stratégie nationale, la Stratégie Nationale de l'Assainissement Rural (SNAR). L'une des principales mesures de cette nouvelle stratégie est fondée sur le principe que l'État va

⁵⁸ «Connaissances actualisées de la dynamique du secteur de l'eau au Sénégal: Cartographie des interventions des organisations de la société civile dans le secteur de l'eau et de l'assainissement»; La plateforme nationale des organisations de la société civile sur l'eau et de l'assainissement au Sénégal (POSCEAS) et Coalition Eau; Mars 2021; [rapport-final-osc-vf-21-04-2021-adt-mmd-2.pdf \(coalition-eau.org\)](#)

⁵⁹ Revues annuelles conjointes PEPAM 2008-2017 ; rapports diagnostic, étude d'élaboration d'une stratégie de l'assainissement, ONAS, 2017

⁶⁰ Enquête Démographique et de Santé (EDS) exécutée par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD)

⁶¹ Installations assurant la séparation hygiénique des excréta humains empêchant tout contact avec les personnes.

⁶² Installations non améliorées : n'assurent pas une séparation hygiénique des excréta humains en empêchant tout contact avec les personnes.

⁶³ Installations, par ailleurs acceptables, utilisées par deux ou plusieurs ménages

⁶⁴ EDS 2018

⁶⁵ Revue annuelle conjointe du Programme d'Eau Potable et d'Assainissement du Millénaire au Sénégal (PEPAM) 2018

⁶⁶ Il s'agit d'une approche intégrée qui consiste à encourager la communauté à analyser sa propre situation en matière d'hygiène et d'assainissement, ses pratiques en matière de défécation et leurs conséquences, suscitant ainsi une action collective visant à atteindre et maintenir un état de Fin de la Défécation à l'Air Libre (FDAL), par la construction de latrines par la communauté sans subvention extérieure.

dorénavant accompagner le ménage à prendre progressivement la responsabilité de la réalisation de son ouvrage assainissement, en tant que "chef de projet".

Dans cette nouvelle stratégie, l'État doit assurer la planification, le renforcement des capacités du secteur privé, la promotion et l'Information, l'Éducation et la Communication (l'IEC), la régulation et la gestion des subventions. Ainsi, l'orientation stratégique majeure retenue dans la SNAR est une évolution progressive partant de l'approche "projet" plaçant le ménage en position de bénéficiaire/contributeur pour arriver à la généralisation d'une approche "marché" déjà existante⁶⁷.

Afin d'atteindre cet objectif, la SNAR donne une place centrale à l'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté et le changement de comportement des populations rurales par rapport à l'hygiène et à l'assainissement. L'approche de l'Assainissement Total Piloté par la Communauté est combinée avec l'approche « marketing de l'assainissement » (Sanitation marketing) afin de générer une demande en toilettes, mais aussi susciter le développement d'une offre de qualité avec l'implication du secteur privé.

Nos organisations saluent le fait que le changement de comportement des populations rurales par rapport à l'hygiène et à l'assainissement est l'un des objectifs principaux de la SNAR.

Le Plan d'Action de mise en œuvre de la Stratégie Nationale de l'Assainissement Rural qui a été adopté en 2016 reconnaît que *“même si l'assainissement est un secteur à fort impact sanitaire et environnemental, pour le ménage appelé à investir dans un ouvrage d'assainissement, l'intérêt économique n'est pas manifeste. De plus, les populations rurales ont été "habituées" au cours des dix dernières années à des interventions dans l'assainissement, basées sur une forte subvention (État, ONG). C'est la raison pour laquelle, le passage réussi de l'approche "projet" vers l'approche "marché" va nécessiter de la part de l'ensemble des acteurs du sous-secteur, des efforts importants d'adaptation au changement. Ces efforts vont concerner aussi bien les ménages que les acteurs étatiques et non étatiques”*.

Cependant, Il faut souligner que la difficulté principale que l'approche "marché" pourrait poser est liée au coût élevé de la toilette. La population sénégalaise dans sa majorité est une population à faible revenu. En 2018/2019, un salarié gagnait en moyenne 112 423 FCFA (€ 172) par mois⁶⁸. Le taux de pauvreté monétaire est estimé à 37,8% en 2018/2019, soit une baisse du niveau de pauvreté de cinq points par rapport à 2011 (42,8%). Malgré cette baisse du taux de pauvreté, le nombre de pauvres a augmenté au Sénégal (5 832 008 en 2011 contre 6 032 379 en 2018). Par rapport au milieu de résidence, la pauvreté est plus accentuée en milieu rural (53,6% contre 19,8% pour le milieu urbain)⁶⁹. Ainsi, la nécessité de réduire les coûts d'accès à un système d'assainissement individuel en milieu rural reste un défi majeur⁷⁰. A ce titre, nos organisations saluent le fait que le Plan d'action de la SNAR prévoit des actions ayant pour but la baisse durable du coût de la toilette.

Par ailleurs, force est de constater que le focus principal de la SNAR reste l'amélioration de l'accès à l'assainissement des ménages en milieu rural, alors qu'il paraît que les infrastructures publiques telles que les écoles et les établissements publics de santé sont exclues de cette stratégie.

⁶⁷ Plan d'Action de mise en œuvre de la Stratégie Nationale de l'Assainissement Rural ; Rapport final ; mai 2016 ; https://www.pseau.org/outils/ouvrages/PA_SNAR_S_n_gal.pdf

⁶⁸ Enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages (EHCVM) ; Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie ; Septembre 2021 ; <https://satisfaction.ansd.sn/ressources/publications/Rapport-final-EHCVM-vf-Senegal.pdf>

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ “Connaissances actualisées de la dynamique du secteur de l'eau au Sénégal: Cartographie des interventions des organisations de la société civile dans le secteur de l'eau et de l'assainissement” ; La plateforme nationale des organisations de la société civile sur l'eau et de l'assainissement au Sénégal (POSCEAS) et Coalition Eau ; Mars 2021 ; rapport-final-osc-vf-21-04-2021-adt-mmd-2.pdf (coalition-eau.org)

Selon les informations qui nous ont été transmises par la Direction de l'Assainissement au sein du ministère de l'Eau et de l'Assainissement, aucun des indicateurs du Plan d'action de la SNAR ne viserait les installations sanitaires dans les infrastructures publiques.

Nos organisations saluent le fait que *l'insertion de l'éducation à l'Hygiène et à l'assainissement dans le curriculum scolaire à l'école primaire* fasse partie des grandes orientations du Plan d'action de la SNAR. Par contre, nous restons préoccupés par le fait que le Plan d'action de la SNAR ne fait aucune référence aux installations sanitaires dans les écoles et les établissements publics de santé.

Et ceci alors qu'au moins 30% des écoles au Sénégal et dans les Îles Salomon ne disposent que de services limités en Approvisionnement en Eau Potable⁷¹. Selon le Rapport national sur la situation de l'Éducation 2018 (Recensement scolaire 2018-DPRE/MEN), sur les 8,481 écoles élémentaires publiques que compte le Sénégal, seules 6,242 disposent d'eau courante, soit 73,6%.

D'autre part, nos organisations saluent la mise en place d'une cellule genre au sein du MEA et la désignation de points focaux en lien avec les orientations de la stratégie nationale d'équité et d'égalité de genre (SNEEG) ainsi que l'élaboration d'un Plan d'institutionnalisation du genre au sein du Ministère. Cependant, nous sommes préoccupés par le fait que le PA SNAR n'intègre pas la dimension genre, alors qu'en matière d'accès aux services de l'eau et de l'assainissement des inégalités du genre persistent.

Recommandations :

- **Assurer l'accès de tous et toutes, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement (eaux usées et eaux pluviales) et d'hygiène durables et sécurisés, y compris pour les écoles et les structures de santé.**
- **Renforcer ses efforts afin de mettre fin à la défécation en plein air ;**
- **Inclure et mettre en œuvre une approche genre dans toutes les mesures prises pour améliorer l'accès à l'assainissement ;**
- **Accorder une attention particulière aux besoins des personnes en situation vulnérable dans le cadre des mesures prises pour améliorer l'accès à l'assainissement.**

⁷¹ Joint Monitoring Program (JMP) 2020.

Annexe 1 : liste des ministères et organisations rencontrés

- Direction de l'assainissement du ministère de l'Eau et l'Assainissement
- OFOR (Office des forages ruraux)
- Comité sénégalais des droits de l'Homme
- Ambassade de Suisse au Sénégal
- Ligue sénégalaise des droits humains
- Forum Social Sénégalais
- CRADESC - Centre de Recherche et d'Action sur les Droits Économiques, Sociaux et Culturels (CRADESC)
- Amnesty International Sénégal
- Ancien Chef de service dans un hôpital universitaire de niveau 3
- Centre de santé de niveau 1
- Plateforme des OSC sur l'eau et l'assainissement (POSCEAS)