Sénégal : progrès sanitaires, inerties politiques – la rupture attendue n'a pas eu lieu

Publié le 11 décembre 2025 par Félix Atchadé



©

Résumé :

Cet article analyse l'évolution récente du système de santé sénégalais à partir des EDS, de l'Atlas sanitaire et des évaluations institutionnelles. Il met en lumière des progrès réels, notamment en santé maternelle, infantile et en vaccination, mais aussi des fragilités persistantes liées aux

inégalités territoriales, à la dépendance aux bailleurs et à la faiblesse des ressources humaines et du cadre réglementaire. Depuis l'alternance du 24 mars 2024, les réformes de rupture annoncées n'ont pas été engagées, et la gouvernance reste marquée par une continuité décalée par rapport aux attentes. L'étude souligne la nécessité d'une refonte stratégique fondée sur l'équité territoriale, la souveraineté financière et une réforme profonde de la régulation et de la gouvernance hospitalière

Abstract :

This article analyzes the recent evolution of the Senegalese health system based on Demographic and Health Surveys (DHS), the Health Atlas, and institutional assessments. It highlights real progress, particularly in maternal and child health and immunization, but also persistent weaknesses linked to territorial inequalities, dependence on donors, and limited human resources and a weak regulatory framework. Since the change of government on March 24, 2024, the promised transformative reforms have not been implemented, and governance remains characterized by a continuity that is out of step with expectations. The study underscores the need for a strategic overhaul based on territorial equity, financial sovereignty, and a profound reform of hospital regulation and governance.

Au cours des deux dernières décennies, le Sénégal a enregistré des progrès notables en santé publique, documentés par les Enquêtes démographique et de santé (EDS) et divers rapports institutionnels : amélioration de la survie de l'enfant, hausse de la couverture vaccinale, avancées contre le paludisme et renforcement du district sanitaire. Ces acquis, réels et reconnus, restent pourtant fragilisés par de fortes inégalités territoriales, une pénurie de ressources humaines, des dysfonctionnements hospitaliers et une dépendance persistante aux financements extérieurs, dont l'USAID[1] fut l'un des piliers.

L'alternance du 24 mars 2024 avait nourri l'espoir d'une refondation du secteur. Vingt mois plus tard, l'absence de réformes structurantes, la stagnation des textes essentiels et le manque de stratégie de financement traduisent un décalage entre les ambitions initiales et l'action publique. Cet article analyse ce moment de bascule : il montre comment un système ayant accumulé des avancées tangibles se retrouve confronté à un risque d'essoufflement réformateur, et identifie les conditions nécessaires à l'émergence d'un modèle sanitaire plus équitable, souverain et résilient.

Méthodologie

L'étude s'appuie sur une analyse documentaire des principales sources sanitaires nationales (EDS, Atlas sanitaires, évaluations institutionnelles, système de veille

documentaire de l'auteur). Une lecture du cadre juridique et organisationnel permet d'évaluer la cohérence des réformes annoncées. Les engagements politiques post-24 mars 2024 sont comparés aux actions réellement menées. L'approche mobilise une perspective néo-institutionnelle pour comprendre les inerties administratives. La perspective néo-institutionnelle désigne une approche qui explique les politiques publiques par le poids des institutions — leurs règles, leurs routines et leurs héritages — qui orientent et limitent l'action des gouvernements. Elle montre que les décisions ne dépendent pas seulement de la volonté politique, mais aussi des inerties et contraintes structurelles qui façonnent durablement un système. L'objectif est d'identifier les conditions nécessaires à une transformation structurelle du système de santé sénégalais.

Entre amélioration mesurée et vulnérabilités persistantes : la santé publique sénégalaise dans le temps long

Les avancées du Sénégal en matière de santé publique depuis deux décennies sont réelles et documentées. Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) montrent une réduction soutenue de la mortalité infanto-juvénile, un accroissement de la couverture vaccinale et une amélioration des soins prénatals et postnatals. L'Atlas sanitaire confirme cette dynamique, tout en rappelant la contribution structurante des bailleurs internationaux, en particulier l'USAID, dans le financement des programmes de santé maternelle, infantile et nutritionnelle.

Cependant, ces progrès mesurés cohabitent avec des fragilités structurelles que les EDS rendent également visibles : prévalence persistante de la malnutrition chronique, disparités géographiques d'accès aux soins, résurgence d'anémies infantiles, poids toujours significatif du paludisme dans certaines zones rurales. Ces défis trouvent leur origine dans une pyramide sanitaire encore fragile à la base, des postes de santé insuffisamment équipés et un manque de supervision des centres de santé périphériques. L'état de santé de la population s'améliore, mais la résilience du système demeure fragile, inégalitaire et vulnérable aux chocs.

La dépendance systémique

La place de l'USAID dans l'écosystème sanitaire sénégalais a été déterminante : cofinancement de toutes les EDS depuis 1985, soutien à la vaccination, à la santé

maternelle et infantile, à la lutte contre le paludisme, le VIH-SIDA, à la nutrition communautaire et à la production des données sanitaires. La fermeture de cette agence constitue donc un choc structurel pour un secteur dont de nombreux programmes reposaient sur ses financements. Mais ce retrait intervient à un moment particulier : la Loi de finances 2026 acte une baisse drastique des ressources externes, réduites à 191,46 milliards FCFA (−21,85 %). Cette diminution n'est pas conjoncturelle : elle s'inscrit dans la stratégie affirmée du gouvernement de réduire la dépendance extérieure au profit de la mobilisation interne, l'un des objectifs centraux du redressement budgétaire et de la Vision Sénégal 2050. L'annexe Voies et Moyens de cette loi des finances insiste explicitement sur la volonté de « *réduire la dépendance aux ressources externes (…) au profit de la mobilisation interne* » et de restaurer une souveraineté budgétaire réelle.

Or, cette stratégie de souveraineté financière — pertinente sur le plan macroéconomique — n'a pas été accompagnée dans le secteur de la santé par une réflexion opérationnelle sur l'après-USAID. Aucune ligne budgétaire dédiée n'a été créée, aucun mécanisme de financement domestique innovant n'a été envisagé, aucune trajectoire de transition n'a été définie pour les programmes les plus dépendants. Cette absence est d'autant plus préoccupante que le budget 2026, malgré sa progression de +23,42 % en recettes, consacre très peu de ressources nouvelles spécifiquement orientées vers la santé publique, hors investissements en infrastructures (ce qui est important pour lutter contre les inégalités territoriales).

Gouvernance sanitaire post-2024 : une continuité administrative en contradiction avec la promesse de rupture

Vingt mois après l'alternance du 24 mars 2024, aucun signal de réforme profonde n'a été observé dans la gouvernance sanitaire. Le modèle du district, pierre angulaire du système de santé, n'a pas été modernisé. La gouvernance hospitalière, pourtant mise à l'épreuve par de nombreux drames, reste inchangée. Les directions régionales de la santé ne disposent ni de marges de manœuvre accrues ni d'un renforcement en ressources humaines ou financières. L'analyse des politiques publiques montre une stagnation des réformes systémiques, malgré les attentes élevées suscitées par le discours du changement. Le pilotage reste centré sur la gestion quotidienne plutôt que sur la transformation structurelle. Aucun chantier n'a avancé sur les aspects cruciaux : financement national de la santé, organisation des soins d'urgence, supervision clinique, qualité et sécurité des soins. La continuité l'a emporté sur l'ambition.

Défaillances hospitalières : des causes connues, des réformes reportées

Les dysfonctionnements hospitaliers mis en lumière par le drame de Louga[2] ne relèvent ni de l'accident ni de l'exception : ils révèlent un ensemble cohérent de failles structurelles. Les données disponibles pointent un déficit chronique de personnel qualifié, un système d'astreinte qui fonctionne mal, des plateaux techniques vieillissants et inadaptés, ainsi que l'absence d'un dispositif national d'audit des décès capable d'identifier et de corriger les erreurs systémiques. Ces fragilités se doublent d'inégalités territoriales profondes dans l'accès aux urgences, qui accentuent les risques pour les populations rurales et périphériques.

À ces limites hospitalières s'ajoutent les vulnérabilités de la chaîne pharmaceutique. L'évaluation du système pharmaceutique sénégalais décrit des déficits majeurs en matière d'inspection, de pharmacovigilance et de surveillance post-marketing, tout en révélant des failles persistantes dans les mécanismes de contrôle à l'importation et d'homologation des produits de santé. Autrement dit, les maillons clinique, logistique et réglementaire du système se fragilisent mutuellement. Pourtant, au cours des vingt derniers mois, aucune réforme de fond — ni logistique, ni institutionnelle, ni réglementaire — n'a été engagée pour corriger ces défaillances. La réponse politique est restée en deçà des enseignements tirés de ces tragédies, comme si l'émotion nationale n'avait pas suffi à provoquer la transformation structurelle pourtant indispensable.

Ressources humaines en santé : la grande réforme oubliée

L'exode des professionnels vers l'étranger et la concentration du personnel dans les régions de Dakar et Thiès constituent aujourd'hui deux menaces majeures pour l'équité sanitaire. Les EDS, tout comme les divers rapports et enquête, montrent clairement que les postes de santé ruraux restent dépourvus de sage-femmes, d'infirmiers et de techniciens, tandis que les conditions de travail y demeurent dissuasives. S'ajoute à cela l'absence presque totale de mécanismes d'incitation territoriale et des perspectives de carrière qui ne favorisent en rien une installation durable en périphérie. Malgré la gravité de ces constats, aucune stratégie nationale de rétention, de déconcentration ou de valorisation des carrières rurales n'a été mise en place. Les affectations continuent d'être gérées de manière centralisée et opaque, et les régions médicales ne disposent toujours pas d'un pouvoir réel dans la planification de leurs effectifs.

Les grands textes sanitaires : une inertie normative préoccupante

La loi encadrant les transplantations d'organes demeure inopérante faute de décrets d'application : sans accréditation, sans registre, sans formation spécifique ni cadre éthique, le dispositif reste lettre morte. Ce blocage confirme le diagnostic déjà établi par l'évaluation pharmaceutique, qui soulignait l'incapacité chronique de l'administration à produire les textes nécessaires à la mise en œuvre des réformes.

La médecine traditionnelle, pourtant centrale dans les pratiques de soins d'une grande partie de la population, reste aussi hors de toute régulation structurée. Aucun dispositif de certification, de supervision ou d'intégration dans le système national de santé n'a progressé depuis mars 2024, en dépit des recommandations récurrentes des travaux académiques et institutionnels.

Enfin, l'absence du Code de la santé publique illustre la profondeur de cette inertie normative. Annoncé depuis plus de dix ans, ce corpus juridique censé moderniser et harmoniser l'ensemble des textes relatifs à la santé n'a jamais été finalisé, malgré les appels insistants de l'évaluation pharmaceutique en faveur d'un cadre cohérent, actualisé et conforme aux standards contemporains de sécurité sanitaire et de régulation des produits de santé.

Conclusion

L'analyse du système de santé sénégalais montre une réalité paradoxale : des progrès indéniables — baisse de la mortalité infantile, meilleure couverture vaccinale, renforcement du district sanitaire — mais des fragilités persistantes liées aux inégalités territoriales, au manque de personnel, à une gouvernance hospitalière insuffisante et à un cadre réglementaire encore inachevé.

L'alternance du 24 mars 2024 avait suscité l'espoir d'une refondation du secteur. Seize mois plus tard, la continuité administrative domine : aucune réforme majeure n'a été engagée sur les chantiers clés que sont le financement domestique, la régulation pharmaceutique, la médecine traditionnelle, les transplantations d'organes ou le Code de la santé publique. La fermeture de l'USAID souligne davantage la dépendance du pays aux bailleurs et l'absence d'une stratégie nationale de substitution.

Ces constats posent la question de la soutenabilité du modèle sanitaire à moyen terme. L'amélioration des indicateurs ne suffit plus : il s'agit désormais de transformer les structures, de territorialiser les politiques, de renforcer les institutions et d'inscrire l'action publique dans une logique de souveraineté sanitaire. Le véritable enjeu est donc d'engager une consolidation stratégique fondée sur l'équité, la résilience et une volonté politique cohérente. C'est à ce prix seulement que la « rupture » attendue pourra devenir une réalité tangible pour les populations.

Pour citer cet article :
Félix Atchade, Sénégal : progrès sanitaires, inerties politiques — la rupture attendue n'a pas eu lieu, Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, N° 55 décembre 2025.

Notes de bas de page :
[1] Agence des États-Unis pour le développement international, principal bailleur bilatéral du Sénégal dans les domaines de la santé, de la nutrition, de la vaccination et du système d'information sanitaire depuis les années 2000.

[2] Atchadé, F. (2022, juin). Sénégal : le procès raté de l'hôpital public. Les Cahiers de santé publique et de protection sociale, (41). https://cahiersdesante.fr/editions/senegal-le-proces-rate-de-lhopital/