



# Évaluation du System de Santé Oculaire (ESSO) au Sénégal

Juillet 2018



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE L'ACTION SOCIALE



**Irish Aid**

An Roinn Gnóthaí Eachtracha agus Trádála  
Department of Foreign Affairs and Trade



**Sightsavers**

## Remerciements

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal a approuvé et soutenu cette évaluation financée par Irish Aid et Sightsavers. Le coordonnateur du programme national de la santé oculaire et l'équipe de Sightsavers étaient responsables de l'ensemble des aspects de ce projet. L'évaluation a bénéficié d'une assistance technique importante et d'un appui logistique du bureau de Sightsavers Sénégal. Ce dernier a pris en charge tous les arrangements, a fourni des moyens de transport durant toute la collecte des données et a assuré la réalisation des interviews dans le pays. Le personnel au bureau pays a également participé à la réalisation du travail sur le terrain et la rédaction du rapport de recherche. Le personnel du Ministère de la Santé au niveau national et local a participé à l'évaluation et a fourni des informations précieuses, ce qui a permis de rendre cette étude possible. L'équipe de recherche de Sightsavers au niveau international a fourni un soutien technique en soutenant la planification, le travail de terrain, l'analyse et la rédaction des rapports. Que tous ces acteurs trouvent ici notre profonde gratitude.

## Collaborateurs

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

SIGHTSAVERS

### Rédigé par

Dr. Boubacar Sarr<sup>1</sup>

Eric Badu<sup>2</sup>

Salimata Bocoum<sup>2</sup>

Emma Jolley<sup>2</sup>

Elena Schimidt<sup>2</sup>

### Avec la contribution de :

Astou Sarr<sup>2</sup>

Vladimir Pente<sup>2</sup>

Mountakha Ndiaye<sup>1</sup>

Demba Thioubou<sup>1</sup>

Kolawole Ogundimu<sup>2</sup>

### Citation recommandée

Boubacar Sarr, Eric Badu, Salimata Bocoum, Emma Jolley and Elena Schmidt. 2018. Evaluation du Système de Santé Oculaire du Sénégal (ESSO). Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Sightsavers.

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé et de l'Action sociale

<sup>2</sup> Sightsavers



## Table de matières

Remerciements.....	1
Table de matières .....	2
Abréviations et acronymes.....	4
Liste des figures.....	6
Liste des tableaux.....	6
Résumé exécutif.....	7
CHAPITRE 1 : Contexte.....	16
1.1. Introduction et contexte.....	16
1.2. But et objectifs.....	17
CHAPITRE 2 : Méthodologie.....	18
2.1. Type d'étude et méthode.....	18
2.2. Techniques d'échantillonnage.....	18
2.3. Collecte des données.....	19
2.4. Entretiens approfondis.....	19
2.5. Revue documentaire.....	19
2.6. Gestion des données et analyse.....	20
2.7. Clairance éthique.....	20
2.8. Limites.....	20
CHAPITRE 3 : Organisation du système de santé au Sénégal.....	21
3.1. Information sur le pays.....	21
3.1.1. Situation socio-économique.....	21
3.1.2. Situation sociodémographique.....	21
3.2. Gouvernance du système de santé.....	22
3.2.1 Politique et stratégie.....	22
3.2.2 Organisation du système de santé.....	22
3.3. Financement de la santé.....	23
3.3.1. Sources de financement de la santé.....	23
3.3.2. Allocations gouvernementales.....	23
3.3.3. Dépenses directes des bénéficiaires.....	24
3.3.4. Assurance santé.....	24
3.4. Prestation de services de santé.....	27
3.4.1. Prestation de services au niveau du secteur public.....	27
3.4.2. Services de santé privés.....	27
3.4.3. Service de soins des forces armées.....	27
3.5. Ressources Humaines pour la Santé (RHS).....	28
3.6. Technologies et produits médicaux.....	31
3.7. Système d'information sanitaire.....	31
CHAPITRE 4 : Évaluation du Système de Santé Oculaire.....	32

4.1. Statut de la santé oculaire .....	32
4.2. Lien entre le système de santé et la santé oculaire .....	33
4.2.1. Gouvernance du système de santé oculaire .....	33
4.2.2. Donateurs internationaux et partenaires .....	34
4.2.3. Politique et stratégie .....	35
4.2.4. Participation des personnes handicapées dans le processus de prise de décision en santé oculaire .....	36
4.3. Financement de la santé oculaire.....	37
4.3.1. Sources de financement pour la santé oculaire .....	37
4.3.2. Allocation gouvernementale pour la santé oculaire .....	37
4.3.3. Le soutien des partenaires techniques et financiers .....	38
4.3.4. Assurance santé.....	39
4.3.5. Dépenses directes des bénéficiaires .....	39
4.4. Prestation de services de santé oculaire .....	40
4.4.1. Organisation de l'offre de service de soins oculaires .....	40
4.4.2. Consultation oculaire .....	42
4.4.3. Accès aux services de cataracte .....	42
4.5. Ressources humaines pour la santé oculaire .....	46
4.5.1. Les professionnels de la santé oculaire .....	46
4.5.2. Formation des ressources humaines .....	50
4.5.3. Formation des infirmiers en soins de santé oculaire .....	50
4.5.4. Système de gestion des ressources humaines .....	51
4.6. Produits et technologies médicales pour la santé oculaire.....	51
4.6.1. Politique, lois et réglementations .....	51
4.6.2. Financement des produits destinés à la santé oculaire.....	52
4.7. Système d'information de santé oculaire .....	53
4.7.1. Renforcement du Système d'Information Sanitaire (SIS) au Sénégal .....	53
4.7.2. Disponibilité des données sur la santé oculaire .....	53
4.7.3. Le système de rapportage et de remontée des données de santé oculaire à différents niveaux .....	54
Conclusion .....	55
Références .....	63
Appendices.....	65

## Abréviations et acronymes

ARCE	Appréciation Rapide de la Cécité Evitable
CMU	Couverture Maladie Universelle
USAID	United States Agency for International Development
ESS	Évaluation du Système de Santé
ENDSS	École Nationale de Développement Sanitaire et Social
ESSO	Évaluation du Système de Santé Oculaire
CCC	Couverture Chirurgicale de la Cataracte
CE	Comité d'Éthique
CS	Centre de Santé
DDB	Dépenses Directes des Bénéficiaires
DMM	Distribution de Masse de Médicaments
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
ECDS	Equipe de Cadre du District de Santé
FCP	Fonds Commun de Placement
FM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FS	Formations Sanitaires
FNUAP	Fond des Nations Unies pour la population
FFS	Fondation Fereruela Sanfeliu
ICEH	International Centre for Eye Health
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal
RTI	RTI International (agence d'exécution de l'USAID)
SCI	Schistosomiasis Control Initiative
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
LNME	Liste Nationale des Médicaments Essentiels
MCD	Médecin Chef de District
MS-AC	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MS	Mutuelle de Santé
NU	Nations Unies
ONG	Organisations Non Gouvernementales
ONGi	Organisations Non Gouvernementales internationales

OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPH	Organisation de Personnes Handicapées
OPC	Organisation pour la Prévention de la Cécité
PAG	Plan d'Action Global
PNA	Pharmacie National d'Approvisionnement
PAF	Protocole d'Accord de Financement
PRFI	Pays à Revenu Faible et Intermédiaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PTF	Partenaire Technique et Financier
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
SFE	Sage-Femme
SiIRH	Système intégré d'Information des Ressources Humaines
SIS	Système d'Information Sanitaire
SNDES	Stratégie Nationale de Développement Économique et Social
TSO	Technicien en Soins Ophtalmiques
TSS	Technicien Supérieur de Santé
TCC	Taux de Chirurgie de la Cataracte rapporté
UCAD	Université Cheik Anta Diop
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'enfance
Unitaid	Facilité internationale pour l'achat de médicaments
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## Liste des figures

Figure 1: Répartition des FS ou unités de soins de santé oculaire disponibles en 2014 selon la région et le niveau .....	41
Figure 2: Répartition des unités de soins oculaires disponibles par population .....	41
Figure 3: Taux de chirurgie de la cataracte (TCC)/million d'habitants/année .....	43
Figure 4: Obstacles à la réalisation des chirurgies de la cataracte dans les régions de Fatick et Kaolack en 2010 .....	44
Figure 5: Tendances des chirurgies du trichiasis pour la période 2010 – 2015 .....	45
Figure 6: Répartition des ophtalmologistes par secteur public et privé, régions .....	46
Figure 7: Répartition des ophtalmologistes par secteur public et privé et par région .....	47
Figure 8: Répartition des travailleurs des soins oculaires selon les régions .....	47
Figure 9: Nombre de praticiens de soins oculaires par million d'habitants en 2014 .....	49
Figure 10: Répartition des professionnels/million d'habitants et par région .....	49
Figure 11: Photos de terrain.....	77

## Liste des tableaux

Tableau 1: Indicateurs clés de la population et de la santé, Sénégal, 2016.....	21
Tableau 2: Budgets annuels alloués à la santé par le biais du Ministère des Finances pour l'année 2011-2015 .....	24
Tableau 3: Dépenses de santé au Sénégal.....	24
Tableau 4: Caractéristiques des systèmes de financement de la santé au Sénégal.....	26
Tableaux 5: Projection des ressources humaines en santé dans le Plan national de développement de la santé pour 2009 -2018 .....	30
Tableau 6: Répartition des prévalences des différentes pathologies oculaires au Sénégal .	32
Tableau 7: Prévalence de la déficience visuelle et données sur la chirurgie de la cataracte dans les régions de Fatick et Kaolack, ARCE, 2010 .....	33
Tableau 8: Principales causes de la cécité dans les régions de Fatick et Kaolack, ARCE, 2010.....	33
Tableau 9: Cartographie et coordination des donateurs .....	35
Tableau 10: Coût de la chirurgie de la cataracte selon le niveau de FS et l'emplacement...	40
Tableau 11: Chirurgies nationales de la cataracte.....	42
Tableau 12: Distribution des professionnels de la sante oculaire .....	48
Tableau 13: Donateurs/partenaires qui appuient l'achat des produits pharmaceutiques pour les MTN .....	52
Tableau 14: Annexe 1 Phases et chronogramme de l'EHSa.....	65
Tableau 15: Annexe 2 Liste des entretiens menés et sites visités .....	66
Tableau 16: Annexe 3 membres de l'équipe de terrain .....	69
Tableau 17: Annexe 5 Répartition des infrastructures de soins oculaires par région et par niveau .....	71
Tableau 18: Proposition du Comité pour la prévention de la cécité, 2006 – 2010.....	73
Tableau 19: Liste des médicaments pour la santé oculaire inclus dans la Liste nationale des médicaments essentiels.....	76

## Résumé exécutif

### Contexte

On estime que 253 millions de personnes dans le monde vivent avec une déficience visuelle, parmi lesquelles 36 millions d'aveugles. Environ 89% des déficiences visuelles se retrouvent dans les Pays à Revenu Faible et Intermédiaire (PRFI) et environ 75% de ces déficiences visuelles peuvent être évitées ou traitées si des services efficaces de soins oculaires étaient mis en place. Cependant, de nombreux PRFI sont confrontés à des défis pour répondre aux besoins de santé oculaire de la population. En Afrique, les défis du système de santé incluent la pénurie des fournisseurs de soins oculaires spécialisés, un mauvais système de référence, de mauvaises infrastructures, ainsi qu'un financement inadéquat alloué à la santé oculaire.

L'approche de renforcement du système de santé a été promue au cours des dernières années comme un moyen de remédier aux limites des soins de santé rencontrés par les PRFI. Cette approche vise à renforcer les systèmes de santé nationaux et locaux dans leur ensemble, plutôt que par des interventions verticales dans des domaines spécifiques à la maladie. Les données suggèrent que l'intégration de la santé oculaire dans le système de santé plus large est essentielle pour assurer une couverture sanitaire universelle et améliorer la santé oculaire dans la population. Il est donc important de comprendre comment fonctionne le système de santé oculaire aux niveaux national et local et comment il se rapporte au système général de santé.

Le gouvernement du Sénégal, par l'intermédiaire du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, s'est engagé à améliorer la santé oculaire et la qualité de vie de tous les citoyens. Ce rapport présente les résultats de l'Évaluation du Système de Santé Oculaire (ESSO) menée au Sénégal de 2015-2018 par un effort collaboratif de deux organisations : le Ministère de la Santé et Sightsavers, avec le soutien technique et financier de Sightsavers.

L'objectif général de cette étude était d'évaluer le système de santé oculaire au Sénégal, d'identifier ses principales faiblesses et points forts afin de faciliter la planification des services de soins oculaires intégrés au système général de santé. Les objectifs spécifiques de l'étude étaient les suivants :

1. Comprendre comment le système de santé fonctionne à différents niveaux administratifs;
2. Documenter les structures clés impliquées dans la prestation des services de santé oculaire;
3. Analyser les liens entre le système de santé oculaire et le système de santé général ;
4. Identifier les interventions potentielles de renforcement des systèmes de santé.

### Méthodologie

Afin d'effectuer cette évaluation, nous avons utilisé l'outil d'Évaluation du Système de Santé Oculaire, développé en 2012 par un consortium d'experts en soins oculaires et de santé, coordonné par l'International Centre for Eye Health (ICEH) de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et financé par Sightsavers.

Une étude descriptive mixte intégrant un volet qualitatif et un volet quantitatif a été mise sur pied pour la collecte des données. L'étude a été menée dans la capitale, Dakar, où se

trouvent les principaux intervenants impliqués dans la santé oculaire et dans deux autres régions : Kaolack (districts : Kaolack, Niore et Guinguineo) ; et Louga (districts : Louga, Sakal, Kebemer et Koki). Les districts sélectionnés étaient représentatifs à la fois de la zone urbaine et de la zone rurale. Ceci a permis de comprendre comment est organisée la santé oculaire à la fois dans les zones urbaines dotées de ressources et dans les zones rurales mal desservies. Le cadre de cette étude ne visait pas à représenter l'ensemble du pays mais à donner un aperçu de la grande diversité de l'accès et de la qualité des 12 services de santé oculaire.

Un examen approfondi des documents disponibles a été réalisé sur divers aspects du système de santé en général et de la santé oculaire en particulier. Un échantillonnage assez représentatif a été utilisé afin de recruter 45 informateurs clés pour des entretiens approfondis.

La statistique descriptive a été utilisée pour analyser les données quantitatives. Les données qualitatives ont été transcrites et les verbatim ont été utilisés de manière thématique.

La clairance éthique<sup>3</sup> a été obtenue auprès du Comité d'Ethique (CE) du Ministère de la Santé et de l'Action sociale au Sénégal.

## Résultats

### Systeme de santé général

#### Forces

- Les dépenses pour la santé au Sénégal ont augmenté de manière considérable ces dernières années, passant de 245 milliards FCFA en 2005 à 431 milliards FCFA en 2013 (soit environ 5% du PIB), soit une augmentation de près de 76%;
- Le Sénégal a une Politique nationale de santé, le « Plan national de développement sanitaire du Sénégal » 2009-2018, qui stipule le droit à la santé pour tous les citoyens, y compris les personnes handicapées et les personnes âgées;
- Il existe différents types de fournisseurs de soins de santé. On distingue les formations sanitaires publiques, les formations sanitaires privées et les formations sanitaires des forces armées. Le système de santé sénégalais a la forme d'une pyramide qui comprend : un niveau central, un niveau intermédiaire (représenté par les 14 régions médicales) et un niveau périphérique (constitué de 76 districts de santé) avec des établissements de santé fonctionnels à tous les niveaux;
- Il existe plusieurs sources de financement de la santé, y compris le gouvernement national, les autorités locales, les donateurs internationaux, l'assurance maladie et les co-paiements directs par les bénéficiaires;
- Il existe deux régimes d'assurance-maladie : un régime d'assurance obligatoire offert par l'employeur qui profite aux employés du gouvernement et du secteur privé, et le régime d'assurance maladie à base communautaire (mutuelles de santé) créé pour

<sup>3</sup> Protocol Numéro SEN15/56 ; Clairance Ethique No. 0986 MSAS/DPRS/DR

fournir des subventions financières aux travailleurs du secteur informel et aux résidents des régions rurales. Le Gouvernement a mis récemment sur pied une Agence de la couverture maladie universelle qui offre un paquet standard de soins conformément à la Stratégie nationale pour la couverture universelle de la santé;

- Les régimes d'assurance maladie obligatoire couvrent 35% de la population (fonctionnaires) en 2014. L'adoption de l'assurance maladie communautaire a considérablement augmenté avec 32% de la population cible atteinte en 2014;
- Le gouvernement a mis en place des programmes qui prévoient des subventions et des exonérations pour des services spécifiques aux groupes indigents. Il prend également en compte le « Plan sésame pour les séniors » et l'accès aux soins de santé gratuits pour les enfants de moins de cinq ans;
- Le Plan national de développement sanitaire 2009-2018 reconnaît la pénurie du personnel sanitaire et son inégale répartition, et appelle à accroître les capacités de formation au niveau national et à promouvoir des initiatives à la rétention du personnel;
- Il existe un Comité national pour l'élaboration, la révision des listes de médicaments essentiels et de produits médicaux relevant du Ministère de la Santé. Ce comité est responsable de la réglementation de tous les produits pharmaceutiques achetés par les grossistes publics et privés dans le pays;
- La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est un service gouvernemental responsable de l'achat des produits pharmaceutiques inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels ; elle coordonne toutes les activités liées aux médicaments et réactifs dans les établissements de santé.

### Faiblesses

- Le budget consacré à la santé est encore faible : il se situe à 8% du budget national alors que les engagements des Chefs d'État africains à Abuja en 2001 sont de le porter à 15%;
- Les dépenses directes des ménages continuent d'être élevées (77,4%) en 2014, ce qui représente un fardeau important, alors que 46,7% de la population sénégalaise vit en dessous du seuil de pauvreté;
- Le Sénégal fait face à une pénurie critique en professionnels de la santé, avec une densité de travailleurs en santé estimée à moins de 4 pour 10000 habitants pour les infirmiers/infirmières et les sages-femmes, et moins de 1 pour 10000 habitants pour les médecins. Ceci est bien inférieur au niveau recommandé par l'OMS qui est de 23 professionnels de la santé pour 10000 habitants;
- Le ratio des lits d'hôpitaux par patient est faible. À environ 0,3 pour 1000 habitants, ce chiffre est encore plus faible dans de nombreux hôpitaux régionaux et sous régionaux;

- Un problème important subsiste, celui de l'inégale répartition géographique des infrastructures sanitaires et du personnel de santé. Au total, 70% des médecins spécialistes et 39% des médecins généralistes sont basés dans la capitale servant seulement 24% de la population;
- La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement ne peut couvrir qu'environ 15% du marché du médicament au Sénégal, ce qui a des répercussions sur la livraison de médicaments dans les établissements publics.

## Gouvernance de la santé oculaire

### Forces

- Il existe un Programme national de promotion de la sante oculaire au sein du Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale. Il a comme responsabilité : la planification, la supervision et le suivi des activités de santé oculaire dans le pays. Le département de santé oculaire applique les normes et les règlements établis par le Ministère de la Santé;
- De nombreuses activités identifiées dans le Plan stratégique pour la prévention de la cécité évitable pour la période 2006-2010 ont été mises en œuvre avec succès avec le soutien des donateurs/partenaires internationaux;
- Il existe un plan des Maladies Tropicales Négligées (MTN) pour la période 2016-2020, qui couvre dix MTN endémiques, y compris le trachome et l'onchocercose. Deux plans stratégiques antérieurs pour les périodes 2007-2011 et 2011-2015 ont été mis en œuvre avec succès.

### Faiblesses

- Actuellement, il n'y a pas de plan de prévention de la cécité évitable. Le plan précédent n'a pas été renouvelé depuis 2010. Toutefois, des plans locaux de sante oculaire sont mis en œuvre;
- Les OPH ne sont pas impliquées dans la planification stratégique et la prise de décision sur la santé oculaire. Ceci est dû à l'absence de cadre institutionnel qui pourrait faciliter leur participation. Les OPH ont une expertise limitée réduisant ainsi leur capacité à fournir un feedback exact sur les politiques gouvernementales et les documents techniques;
- Le nombre de partenaires (bailleurs de fonds et ONG) soutenant la santé oculaire a diminué ces dernières années. Au moment de l'étude, il n'y avait que deux ONGi majeures qui soutenaient la santé oculaire, Sightsavers et RTI International;
- Plusieurs comités locaux Vision 2020 ne sont pas fonctionnels et le comité Vision 2020 au niveau national n'a pas d'objectifs clairs.

## Financement de la santé oculaire

### Forces

- Il existe différentes sources de financement pour la santé oculaire, y compris les allocations gouvernementales, le soutien international à travers des donateurs, l'assurance maladie et les co-paiements des frais de soins par les ménages;
- Il existe des dispositions pour la santé oculaire dans le budget général de la santé au niveau national, cependant cette disposition est moins évidente au niveau régional;
- Une nouvelle politique de décentralisation a été proposée, pouvant créer des opportunités pour la séparation des lignes budgétaires de la santé oculaire au niveau du district et des Formations Sanitaires (FS);
- L'assurance-maladie communautaire (mutuelle de santé) couvre un tiers des coûts de la chirurgie de la cataracte dans les FS publique situées à l'extérieur de la capitale;
- Il existe un système d'exonération des frais pour des populations indigentes, y compris les personnes âgées et les personnes handicapées.

### Faiblesses

- Les allocations gouvernementales pour la santé oculaire sont très limitées et sont restées inchangées pendant de nombreuses années. Ces dernières années, ces allocations ont été réduites;
- Les ressources allouées à la santé oculaire sont incluses dans le budget général de gestion sanitaire. Il est par conséquent difficile de faire une distinction avec les autres dépenses de soins de santé;
- On rapporte des retards dans la libération de fonds de dotation du niveau régional aux districts et aux FS;
- Dans certaines Régions, il n'y a pas de transparence sur les allocations financières octroyées par les donateurs internationaux et les ONG internationales qui soutiennent la santé oculaire;
- Les frais dépensés par les patients pour avoir accès aux soins de santé oculaire sont très importants, constituant un fardeau pour les ménages et un risque accru des inégalités en matière de santé.

## Prestation de services de santé oculaire

### Forces

- Il existe 60 unités et services de soins oculaires. Des unités de soins oculaires sont disponibles dans toutes les régions du Sénégal;

- Les unités et services de soins oculaires fournissent diverses prestations, incluant les consultations oculaires, des chirurgies de la cataracte, des programmes de sensibilisation, des traitements, des chirurgies du trachome et des campagnes de promotion de la santé;
- La plupart des activités de santé oculaire sont fournies dans le cadre du Programme national de santé oculaire et à travers des unités de santé oculaire non parallèles et n'appartenant à aucun programme autonome;
- Il existe un grand nombre de consultations oculaires effectuées annuellement (155 033 en 2015);
- Le taux de chirurgie de la cataracte a augmenté au cours des cinq dernières années, passant de 843 chirurgies par million d'habitants en 2010, à 967 par million d'habitants en 2015;
- Les hôpitaux dotés d'unités oculaires à l'extérieur de la capitale disposent de 2 à 3 lits d'hôpitaux réservés aux patients hospitalisés venant de villages éloignés pour les chirurgies de la cataracte;
- Le nombre de chirurgies du trichiasis a augmenté au cours des cinq dernières années, avec 3463 interventions chirurgicales en 2014. Le nombre de traitements azithromycine a augmenté considérablement, passant de 76 6087 en 2012 à 1 831 387 en 2015.

### Faiblesses

- Le taux de chirurgie de la cataracte au niveau national a stagné ces dernières années et ne représente que la moitié du niveau recommandé par l'OMS (qui est de 2000 chirurgies par million d'habitants);
- La couverture chirurgicale de la cataracte (CCC) est estimée selon les experts de l'OMS entre 10-25% des besoins de la population ; les données disponibles pour faire des estimations précises de la CCC sont limitées;
- La demande de chirurgie de la cataracte dépasse l'offre. Les unités de soins oculaires disponibles sont sous une pression importante avec de longs délais d'attente pour la chirurgie de la cataracte;
- La productivité des ophtalmologistes/chirurgiens de la cataracte existants est faible, avec un taux de 150 chirurgies par chirurgien par an. Cette productivité est très faible par rapport aux niveaux recommandés de 500 chirurgies par chirurgien ; ces données sont probablement incomplètes car les prestataires privés ne rapportent pas souvent le nombre de chirurgies qu'ils effectuent.

## Ressources humaines pour la santé oculaire

### Forces

- Il existe un plan national de développement des ressources humaines pour la santé oculaire. Ce plan sera prochainement intégré au plan national des ressources humaines pour la santé;
- Le logiciel en libre téléchargement pour la gestion des ressources humaines en santé (SiLRH) est utilisé pour suivre et gérer les ressources humaines en santé, y compris le personnel de la santé oculaire;
- Le ministère de la Santé est responsable du recrutement et du paiement des salaires des employés du personnel de la santé oculaire, de même que tous les autres agents de santé du pays;
- Le Sénégal répond aux normes de couverture préconisée par l'OMS en termes de ratio d'ophtalmologue par habitants (1/250 000 pour l'OMS), mais il existe des disparités régionales en termes de distribution des ophtalmologues;
- Il existe deux institutions pour la formation des travailleurs de la santé oculaire au Sénégal : l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) responsable de la formation des ophtalmologistes et de l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS), qui forme des techniciens supérieurs (infirmiers ophtalmologistes);
- Le Programme national de santé oculaire à travers les partenaires soutient la formation continue dans le secteur de la santé oculaire au niveau des spécialités (chirurgiens de la cataracte) et des soins primaires;
- La supervision clinique pour la santé oculaire est intégrée dans le système de supervision générale avec un ophtalmologue faisant partie de l'équipe de supervision.

### Faiblesses

- Bien qu'il existe un nombre relativement élevé d'ophtalmologistes au Sénégal, 45% d'entre eux travaillent dans le secteur privé. Il existe également des inégalités dans la répartition géographique des ophtalmologistes. Seulement 6 régions sur 14 disposent d'un ophtalmologue et 85% de tous les ophtalmologistes sont basés à Dakar;
- Les optométristes ne sont pas reconnus comme cadres de la santé oculaire au Sénégal ; les chirurgiens de la cataracte ont une reconnaissance limitée car aucune politique ne reconnaît les chirurgiens de la cataracte;
- Le ratio de performance chirurgicale par chirurgien disponible [ophtalmologistes et chirurgiens de la cataracte) est bien inférieur à la cible PAG (150 chirurgies par chirurgien contre 500 chirurgies par chirurgien recommandées);

- Les institutions disponibles pour la formation du personnel des soins oculaires fonctionnent de manière autonome et ne répondent pas toujours aux besoins du système de santé oculaire.

## Produits et technologies médicales pour la santé oculaire

### Forces

- La Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) est disponible et régulièrement mise à jour ; il y a des sessions régulières mise en place par la Direction de la Pharmacie et du Médicament, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, les fournisseurs de soins de santé et les utilisateurs afin de donner la priorité aux médicaments à inclure dans la (LNME);
- Les médicaments pour la santé oculaire sont inclus dans la LNME. Au moment de l'étude, 27 médicaments étaient enregistrés sur la liste;
- Des directives cliniques, y compris des informations sur les médicaments pour la santé oculaire, sont disponibles pour les prestataires de soins de santé.

### Faiblesses

- La PNA n'informe pas sur la disponibilité des produits ophtalmologiques;
- Une grande partie des médicaments pour la santé, en particulier ceux des programmes de MTN, font l'objet de dotation par les partenaires;
- Il n'y a aucune information sur la proportion de médicaments achetés à travers les différentes sources de financement, y compris les dépenses directes des bénéficiaires, l'assurance maladie et les budgets gouvernementaux;
- Dans les FS publiques, il n'y a pas de délai pour l'achat des médicaments destinés à la santé oculaire. L'achat de produits pour la santé oculaire se fait sur une base « ad hoc », au besoin.

## Système d'information de la santé oculaire

### Forces

- Le Programme National de Promotion de la Santé Oculaire a mis en place un certain nombre d'initiatives afin d'apporter des informations sur la santé oculaire. De même plusieurs initiatives soutenues par les ONGi plaident pour l'intégration des informations sur la santé oculaire dans le système général d'information sanitaire à différents niveaux;
- Il existe un important soutien des donateurs pour le Système Général d'Information Sanitaire et la mise en œuvre d'un nouvel outil de Système d'Information Sanitaire

appelé DHIS2. L'outil permettra l'intégration et la coordination des informations sur la santé oculaire collectées à partir de différentes sources;

- L'information sur la santé oculaire, y compris les consultations sur la santé oculaire, les chirurgies de la cataracte et les traitements contre les MTN, sont recueillies et rapportées du niveau local au niveau supérieur du système de santé.

### **Faiblesses**

- Il existe un nombre limité d'indicateurs sur la santé oculaire intégrés au Système d'Information Sanitaire général;
- Il y a des retards dans la collecte et la rédaction des rapports sur la santé oculaire dans les formations sanitaires aux niveaux régional et national;
- Les ressources humaines pour collecter et gérer les données à différents niveaux sont limitées;
- Le secteur privé ne partage pas ses informations et ses performances régulièrement, sa contribution aux activités de santé oculaire est souvent inconnue. Et même quelques structures publiques accusent du retard dans la transmission des informations sur la santé oculaire.

## CHAPITRE 1 : Contexte

### 1.1. Introduction et contexte

Le droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'Homme énoncés dans de nombreux traités internationaux. La constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît le droit à la santé et a déclaré que : « jouir d'un meilleur état de santé possible est un droit fondamental pour chaque individu » (1, 2). Les récents Objectifs de Développement Durable mettent l'accent sur l'accès universel à la santé, y compris les services de santé.

Dans le secteur de la santé oculaire, l'OMS a approuvé le Plan d'Action Global (PAG) pour la santé oculaire 2014 - 2019 (WHA66), qui vise à réduire de 25% la déficience visuelle évitable à l'échelle mondiale d'ici la fin 2019 (3). Ce plan repose sur les principes de l'initiative Global Vision 2020 qui stipule que : le droit à la vue est l'engagement exprimé des États membres à réduire les déficiences visuelles évitables et d'améliorer la qualité de vie de tous les citoyens.

Les dernières estimations mondiales rapportent qu'il y a 253 millions de personnes malvoyantes dans le monde, parmi lesquelles 36 millions de personnes aveugles et 217 millions de déficients visuels (4). Parmi cette population de personnes aveugles et malvoyantes, 55% sont des femmes (4). L'erreur de réfraction constitue la principale morbidité oculaire (49%) dans le monde (4). Des études récentes menées en Afrique rapportent des proportions élevées de morbidité oculaire. Au Kenya la morbidité oculaire de manière générale est estimé à 15.52% (5). Au Nigeria, une étude menée en 2013 rapporte l'erreur de réfraction comme la principale morbidité oculaire (23.1%) (6). Au Sénégal, selon le plan Vision 2020, le taux de prévalence nationale de la cécité est de 1,4% (7).

On estime que près de 75% de la déficience visuelle pourrait être traitée ou évitée par des services efficaces de soins santé oculaires (4). Pourtant, il existe des défis pour répondre aux besoins en matière de santé des populations, en particulier dans les Pays à Revenu Faible ou Intermédiaire (PRFI). Les raisons qui justifient cela sont entre autres les contraintes financières et humaines auxquelles sont confrontés les gouvernements dans ces pays (8). L'efficacité des interventions de soins oculaires dans les PRFI est également limitée par la faiblesse du système de santé général (9) et les barrières liées à l'accès aux services de soins oculaires par les patients (10).

L'approche de renforcement du système de santé a été promue comme étant un moyen de relever les défis en matière de soins de santé rencontrés dans les PRFI (10). Cette approche vise à renforcer les systèmes de santé nationaux et locaux dans leur ensemble (11), plutôt que par des interventions verticales sur des domaines spécifiques de la maladie.

Les données suggèrent que l'intégration de la santé oculaire dans le système de santé général est essentielle pour assurer une couverture sanitaire universelle et améliorer la santé oculaire de la population générale (12). Cela signifie que des services spécialisés en ophtalmologie soient disponibles dans tout le pays et qu'il existe des liens solides entre les services de soins santé oculaires et le système de santé général.

L'intégration de la santé oculaire dans le système de santé général est également considérée comme un élément essentiel pour atteindre les objectifs PAG d'une manière durable et universelle (12). Cependant, la santé oculaire dans de nombreux PRFI n'est pas intégrée dans le système général et dans les stratégies de santé nationales. Bien que de

nombreux pays aient des politiques et des plans nationaux en matière de santé oculaire, la volonté politique et les moyens financiers sont limités pour offrir des services de santé oculaire efficaces, sûrs et de qualité, afin de répondre aux besoins de tous les citoyens (13).

Il est donc important de comprendre comment fonctionne le système de santé oculaire aux niveaux national et local et comment il est lié au système de santé général. Ces données sont essentielles pour renforcer les bases scientifiques des programmes de santé oculaire afin d'assurer une meilleure prise de décision fondée sur des données probantes et de meilleures pratiques.

Le gouvernement du Sénégal, par l'entremise du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, s'engage à améliorer la santé oculaire et à atteindre les objectifs PAG. Ce rapport présente les résultats de l'Évaluation du Système de Santé oculaire (ESSO) menée au Sénégal entre 2015-2017 grâce à la collaboration de trois organisations, le Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MS-AS) et Sightsavers, avec le Soutien technique et financier de Sightsavers.

Cette évaluation fournira des informations détaillées sur la situation du système de santé oculaire au Sénégal. Elle devra permettre de répondre aux questions suivantes :

1. Comment le système de santé général et celui de la santé oculaire fonctionnent-ils à différents niveaux administratifs?
2. Quelles sont les structures clés impliquées dans les prestations de soins de santé oculaire et comment sont-elles liées au système de santé général?
3. Quel est le niveau d'intégration du système de santé oculaire dans le système général de santé?
4. Quels sont les goulots d'étranglements et les contraintes pour une meilleure prestation des services de soins oculaires?
5. Quelles sont les interventions potentielles capables de renforcer le système de santé ?

## 1.2. But et objectifs

Cette évaluation a pour but de fournir des données probantes au Gouvernement du Sénégal pour l'examen et la planification des services de santé oculaire et pour informer les partenaires dans la planification et la conception des initiatives de santé oculaire. L'objectif général de cette étude était d'évaluer le système de santé oculaire au Sénégal, d'identifier ses principales faiblesses et points forts et d'informer la planification future des services de soins oculaires intégrés au système général de santé.

Les objectifs spécifiques de l'étude étaient les suivantes :

1. Comprendre comment le système de santé général et le système de santé oculaire fonctionnent à différents niveaux administratifs;
2. Documenter les structures clés impliquées dans les prestations de soins de santé oculaire et mettre en exergue le lien avec le système de santé général;
3. Évaluer le niveau d'intégration du système de santé oculaire dans le système général;
4. Déterminer les goulots d'étranglements et les contraintes dans l'intégration du système de santé oculaire au système général;
5. Identifier les interventions potentielles capable de renforcer le système de santé.

## CHAPITRE 2 : Méthodologie

### 2.1. Type d'étude et méthode

L'évaluation a utilisé l'outil ESSO (Evaluation du Système de santé Oculaire) (14) développé en 2012 par un consortium d'experts en soins de santé oculaire, coordonné par le International Centre for Eye Health (ICEH) de la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et financé par Sightsavers. L'outil est basé sur l'approche de l'Evaluation du Système de Santé (ESS) développée par l'Agence internationale des États-Unis pour le développement (USAID) en 2005-2007 et mise à jour en 2011. Une étude pilote sur l'adaptation du système de santé oculaire a été effectuée au Ghana (15) et en Sierra Leone (16), en 2012 et 2013 respectivement.

L'outil ESSO utilise le cadre conceptuel du système de santé de l'OMS pour fournir une évaluation rapide et complète des fonctions clés du système de santé oculaire et leurs interactions avec le système de santé général (14, 15). L'outil examine les composantes clés du système de santé (gouvernance, financement, ressources humaines, santé oculaire et prestations de services, produits/technologies médicales, et système d'information sanitaire) et leurs interrelations, et fait des recommandations pour renforcer le système dans son ensemble (15).

L'outil ESSO privilégie la participation locale et le renforcement des capacités et reflète ainsi les priorités du pays. Il souligne les atouts et les faiblesses clés perçus par les acteurs nationaux et locaux. Cette approche permet de concevoir des stratégies efficaces pour renforcer chaque élément du système de santé oculaire et d'intégrer la santé oculaire dans le système de santé de manière plus large.

Une étude descriptive mixte intégrant un volet qualitatif et un volet quantitatif a été menée pour réaliser cette évaluation.

### 2.2. Techniques d'échantillonnage

L'étude a adapté une méthodologie standard d'ESSO, qui propose un échantillonnage de convenance des FS de la capitale et de deux autres sites de l'étude. Cette approche permet d'obtenir une représentation équitable du système de santé en sélectionnant des FS dans différentes zones géographiques et offrant des services de niveaux variables, en fonction des connaissances actuelles des parties prenantes et de la disponibilité des données.

L'étude a été menée à Dakar (la capitale) où sont situés les plus grands établissements de santé du pays et le Ministère de la Santé et de l'Action sociale, et dans deux autres régions : Kaolack (au niveau de l'hôpital, et les districts de Nioro et Guinguino) et la région de Louga (au niveau de l'hôpital et dans les districts de Sakal, Kebemer et Koki).

Dakar a été sélectionnée car elle dispose d'un accès facile aux informations stratégiques clés et aux organisations compétentes en matière de santé oculaire. Dans les régions de Kaolack et Louga, les districts sélectionnés représentaient des emplacements centraux et périphériques.

Cette approche a permis de comprendre comment la santé oculaire fonctionne dans un contexte relativement pauvre par comparaison aux centres régionaux, où il existe un système relativement plus efficace. Le cadre de l'étude ne visait pas à représenter

l'ensemble du pays, mais à fournir un aperçu de divers paramètres à travers le spectre de la qualité des services de santé oculaire.

### **2.3. Collecte des données**

L'étude portait sur une liste d'indicateurs décrits dans la méthodologie ESSO (14, 16), qui recueille des informations dans les domaines thématiques suivants :

- Aperçu du système de santé général ;
- Leadership et gouvernance dans la santé oculaire ;
- Financement de la santé oculaire ;
- Prestations de services de santé oculaire ;
- Ressources humaines pour la santé oculaire ;
- Produits et technologies médicaux ; et
- Systèmes de gestion et d'information sur la santé oculaire.

La liste de contrôle de l'ESSO a été renforcée par une série de questions de sondage normalisées (14). En tant qu'évaluation rapide, l'ESSO ne collecte pas des données quantitatives primaires. L'ESSO a donc été réalisé à travers :

- Une revue des documents politiques et stratégiques, une revue de la littérature et une analyse des données secondaires ;
- Des entretiens approfondis avec des acteurs sélectionnés du système de santé oculaire dans les régions sélectionnées (annexe 2).

### **2.4. Entretiens approfondis**

Les données qualitatives recueillies dans l'étude comprenaient des entretiens, des observations, des photographies et des revues de documents. Tous les participants ont été informés sur l'étude et leur consentement à participer a été obtenu avant les entretiens. Tous les entretiens ont été menés en français en utilisant le guide d'entretien en anglais traduit en français. Les informations ont été enregistrées à l'aide d'enregistreurs numériques et de notes manuelles.

Chaque entretien approfondi avait une durée d'environ 60 minutes. Le travail de terrain a été mené en deux phases: une première phase de novembre-décembre 2015 et la deuxième phase de novembre 2017 à mars 2018 afin de combler les lacunes dans la collecte de données (annexe 1). Le rapport a été finalisé de mars - juillet 2018.

### **2.5. Revue documentaire**

L'outil ESSO repose sur des informations et statistiques existantes, de sorte que l'évaluation a également examiné les documents pertinents relatifs au système de santé général et aux services de santé oculaire. Les documents examinés incluaient les politiques et les plans nationaux, les enquêtes épidémiologiques, les rapports internationaux des donateurs, les données du niveau régional, du district et des formations sanitaires, ainsi que diverses statistiques rassemblées par les organismes des Nations Unies (ONU). Les données sur les activités passées et actuelles de la santé oculaire ont été obtenues auprès du Coordonnateur National de la Santé Oculaire (CNSO) et des Organisations Non Gouvernementales internationales (ONGi), Sightsavers et Hellen Keller International (HKI).

## 2.6. Gestion des données et analyse

L'analyse des données a eu lieu à la fin de la collecte de données. Les enregistrements audios ont été transcrits textuellement et complétés par des notes manuelles. Les données ont été traduites en anglais et analysées thématiquement. Le premier ensemble de codes était basé sur les six (06) blocs du système de santé. D'autres codes ont été assignés auprès des transcriptions au fur et à mesure que les thèmes apparaissaient.

Les thèmes ont ensuite été regroupés et classés en forces et en faiblesses. Les données numériques obtenues à partir des documents nationaux, locaux et des rapports des donateurs ont été analysées en utilisant les distributions de pourcentages et de fréquence. Les données quantitatives et qualitatives ont été triangulées quand cela était approprié.

## 2.7. Clairance éthique

La clairance éthique<sup>4</sup> a été obtenue auprès du Comité d'éthique (CE) du Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal. Le consentement éclairé a été demandé et obtenu chez tous les participants. Les informations sur l'étude et l'utilisation des données ont été partagées avec tous les participants dans leur dialecte privilégié, soulignant la confidentialité, le droit de participer, les risques et les avantages de la participation.

## 2.8. Limites

L'étude comportait un certain nombre de limites, qui doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats du rapport. Tout d'abord, comme précisé dans la méthodologie ESSO, l'étude était de faible portée. Les données ont été collectées dans trois régions administratives sur 14 au Sénégal. Bien que tous les efforts aient été faits pour obtenir une variété de documents et sélectionner des districts avec différents niveaux de services de soins de santé oculaire, nous ne pouvons pas conclure que cette évaluation reflète pleinement l'état du système de santé oculaire dans le pays.

La méthodologie ESSO utilise principalement des sources de données de routine et des entretiens avec des parties prenantes sélectionnées avec un commun accord. Par conséquent, les résultats peuvent dépendre de l'information disponible et des points de vue des informateurs sélectionnés.

L'étude n'a pas pris en compte les prestataires de soins du secteur informel ou les patients fréquentant les services de soins de santé oculaire, ne reflétant pas ainsi leur point de vue sur les prestations de services de santé oculaire.

---

<sup>4</sup> Protocol Numéro SEN15/56 : Clairance Ethique No. 0986 MSAS/DPRS/DR

## CHAPITRE 3 : Organisation du système de santé au Sénégal

### 3.1. Information sur le pays

#### 3.1.1. Situation socio-économique

La République du Sénégal est située dans la partie occidentale du continent Africain dans la zone soudano sahélienne et a une superficie de 196.722 km<sup>2</sup> (17).

Le Sénégal comprend à ce jour 14 régions administratives, 46 départements, 117 arrondissements et 557 communes. L'Acte III de la décentralisation consacre la communalisation intégrale et renforce les compétences des collectivités locales en santé.

Le Sénégal a adopté un nouveau modèle de développement comme articulé dans le « Plan Sénégal Émergent (PSE) », qui a pour but de bâtir une société solidaire dans un État de droit à l'horizon 2035. Ce plan s'appuie sur trois piliers, dont le Pilier N°2 portant sur le « capital humain, la protection sociale et le développement durable » qui vise à développer, entre autres, des services sociaux de base tels que l'élargissement de l'accès aux services de santé et à la couverture sociale. Dans cet environnement, il est attendu du secteur de la santé le développement des interventions augmentant l'accès préventif, curatif, promotionnel et ré- adaptatif de qualité dans le cadre d'un continuum de soins pour réduire le fardeau de la maladie et se doter des moyens d'un développement socio-économique durable.

Les régions de Sédhiou, Kolda, Kédougou, Kaffrine, Tambacounda, Fatick présentent les quintiles de bien-être économique les plus bas au Sénégal.

#### 3.1.2. Situation sociodémographique

Le Sénégal est un PRFI avec une population totale estimée à 15,41 millions d'habitants en 2015 (17). La population âgée de 15 ans et moins représente 42,1%, tandis que la population âgée de 60 ans et plus représente 3,5%. Les femmes représentent 50,2% de la population. Les femmes en âge de procréer représentent 23,4% et les enfants de moins de 5 ans 18,84%.

Le taux de croissance de la population reste élevé (2.9%) (17) alors que L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) connaît une légère baisse passant de 6,0 enfants par femme en 1992 (EDS) à 4,8 enfants par femme en 2016 (17), bien que le Sénégal ait entamé sa transition démographique. L'espérance de vie est estimée à 67 ans (17). Selon les projections, la population sénégalaise passerait de 16,7 millions d'habitants en 2020 à 22,3 millions d'habitants en 2030.

Environ 45,2% de la population réside dans les zones urbaines (17, 18). La plus grande concentration de la population est située à Dakar, suivie par la région de Thiès. Le tableau 1 montre les indicateurs clés du pays et la figure 3 montre la répartition de la population par région.

**Tableau 1: Indicateurs clés de la population et de la santé, Sénégal, 2016**

Indicateur de santé	2016	Source
Population (millions)	15.41	World Bank 2016
Population âgée de moins de 15 (%)	42,1	RGPHAE 2014
Proportion des plus de 60 ans (%)	3,5	RGPHAE 2014
Age Médian (âge)	18,0	RGPHAE 2014

<b>Population en zone urbaine (%)</b> ;	45,2	RGPHAE 2014
<b>Population en zone rurale (%)</b>	54,8	RGPHAE 2014
<b>Taux de fertilité (par femme)</b>	4,8	World Bank 2016
<b>Taux de mortalité brut (pour 1,000)</b>	7,7‰	Banque Mondiale
<b>Taux d'enregistrement des naissances (%)</b>	53%	World Bank 2016
<b>Espérance de vie (années)</b>	67 ans	World Bank 2016
<b>Taux de mortalité des enfants &lt;5 (pour 1 000 naissances vivantes)</b>	47‰	World Bank 2016
<b>Taux de mortalité maternel (pour 100,000 naissances vivantes)</b>	434	ANSD-2014
<b>Prévalence du VIH</b>	0,4	World Bank 2016
<b>Décès dus au paludisme (pour 100,000)</b>	3,96%	ANSD-2014

**Source:(18-21)**

La densité moyenne est de 80 habitants au km<sup>2</sup> (17) mais elle cache de grosses disparités entre les régions. La région de Dakar abrite 23,2% de la population totale avec une densité de 5735 habitants au km<sup>2</sup>, alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale. La région de Tambacounda, qui occupe 21,5% de la superficie du territoire, héberge 5% de la population avec une densité de 16 habitants au km<sup>2</sup>.

Le Sénégal a l'un des taux d'urbanisation les plus élevés (3.6%) (17) d'Afrique subsaharienne, dû à un nombre élevé de jeunes dans les villes sénégalaises lié aux flux migratoires. En effet, 33% de la population urbaine est constituée de jeunes âgés de 20 à 35 ans, contre 25% en milieu rural.

## 3.2. Gouvernance du système de santé

### 3.2.1 Politique et stratégie

Le Sénégal a une politique nationale de santé : le « Plan National de Développement Sanitaire du Sénégal » (PNDSS) pour la période 2009-2018. Cette politique a été formulée en fonction de l'article 17 de la Constitution du Sénégal, qui stipule le droit à la santé pour tous les citoyens, y compris les personnes handicapées et les personnes âgées. La Politique Nationale de Santé, mise en œuvre par le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), est axée sur l'accélération de la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelles, néonatales et infanto-juvéniles. L'engagement politique au plus haut niveau est articulé autour des stratégies mondiales (santé de la mère et de l'enfant ; planning familial) et d'autres engagements au niveau international.

### 3.2.2 Organisation du système de santé

Les soins de santé au Sénégal sont fournis par trois types de prestataires de soins : les Formations Sanitaires publiques du Ministère de la Santé et de l'Action sociale, les Formations Sanitaires privées et les Formations Sanitaires des Forces armées sous la tutelle du Ministère de la Santé.

Le système de santé du Sénégal a une structure pyramidale à trois niveaux, le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique (22, 23) :

- I. Le niveau central est constitué du bureau du ministre de la Santé, du secrétariat général et de 08 directions et services affiliés. Le niveau central comprend également 22 hôpitaux nationaux à travers le pays (22).

- II. Le niveau intermédiaire est constitué de 14 régions médicales qui sont dirigées par des médecins régionaux chargés de la coordination, de l'inspection, de la supervision et du contrôle général des structures de santé publiques et privées de la région (22). La gestion des hôpitaux dans les régions est autonome. Les hôpitaux rapportent directement au niveau central du Ministère de la Santé.
- III. Le niveau périphérique représente l'unité opérationnelle de la pyramide sanitaire, composé de 76 districts sanitaires. Chaque district de santé est dirigé par le Médecin en Chef du District (MCD) qui travaille avec l'Equipe Cadre du District (ECD) pour surveiller à la fois le Centre de Santé du District (CSD), le personnel et les installations périphériques dans tout le district (22).

### 3.3. Financement de la santé

#### 3.3.1. Sources de financement de la santé

Les principales sources de financement de la santé au moment de l'étude étaient le gouvernement national, les autorités locales, les partenaires multilatéraux et bilatéraux, y compris les ONG, les fonds d'assurance maladie et les dépenses directes des ménages (23). Les principaux Partenaires Techniques et Financiers pour les activités de santé au moment de l'étude étaient le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FM), la Banque mondiale, la facilité internationale pour l'achat de médicaments à travers Unitaïd, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

Les données de la Banque mondiale montrent que les dépenses totales de santé au Sénégal sont passées de 5,4% du produit intérieur brut (PIB) en 2006, à 4,6% en 2014, ce qui représente environ 46 dollars par habitant (17). Ceci est inférieur à la moyenne qui de 5,8% du PIB dans les PRFI et de 5,7% en Afrique subsaharienne.

Les dépenses du gouvernement pour la santé représentaient 8% des dépenses publiques en 2014. Cela reste faible par rapport à l'objectif recommandé qui est de 15% convenu dans la Déclaration d'Abuja (23).

#### 3.3.2. Allocations gouvernementales

Au cours des dernières décennies, le niveau de ressources allouées par le gouvernement et destinées à financer l'accès des populations aux paquets de services de santé a augmenté progressivement. On note une augmentation considérable des dépenses de santé qui sont passées de 245 milliards FCFA en 2005 à 431 milliards FCFA en 2013 (environ 5% du PIB), soit une augmentation de près de 76% (24).

Dans le secteur de la santé, le Ministère des Finances est chargé d'allouer un budget au Ministère de la Santé et de l'Action sociale pour gérer ses services de santé publique. La proportion du budget annuel alloué à la santé au niveau central de 2011-2015 est présentée dans le tableau 2 ci-dessous. Le budget alloué à la santé est passé de 81.935.002.020 CFA (173.708.874,70 USD en utilisant le taux de change moyen de 0,002122 en 2011) en 2011, à 134.702.980.000 CFA (230.253.632,35 USD en utilisant le taux de change moyen de 2015 de CFA 0,00171) (25) en 2015. Le taux d'exécution de l'allocation budgétaire

gouvernementale a légèrement augmenté, passant de 83% en 2011 à 92% en 2014 (Tableau 2).

**Tableau 2: Budgets annuels alloués à la santé par le biais du Ministère des Finances pour l'année 2011-2015**

	Allocation Budgétaire (Milliard de CFA)	Budget alloué (Million de Dollars)	Taux d'Implémentation (%)
2011	81,94	173,71	83
2012	86,73	169,35	88
2013	103,73	210,53	87
2014	127,1	217,25	92
2015	134,70	230,25	

Source : DAGE/MSAS (26)

### 3.3.3. Dépenses directes des bénéficiaires

Les dépenses du gouvernement en santé ont diminué, passant de 42% en 2014 à 36,1% en 2015 (18). Les dépenses des ménages en santé restent très élevées, étant de 56,5% en 2015 (18) (tableau 3). En 2015, les dépenses directes des ménages restent toujours très élevées 44,2% (18), alors que 46,7% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (24). En définitive, les dépenses en soins de santé représentent un fardeau important pour les revenus des ménages et augmentent les risques de pauvreté persistante.

**Tableau 3: Dépenses de santé au Sénégal**

Indicateur	2014	2015
Les dépenses totales de santé en % du PIB total	1.3	1.3
Les dépenses de santé par habitant US\$	42.0	36.1
Dépenses publiques générales en matière de santé en% des dépenses des administrations publiques	4.4	4.2
Dépenses publiques de santé en% des dépenses totales de santé	33.1	31.7
Total des dépenses privées des ménagés en% du total des dépenses de santé	57.0	56.5
Dépenses directes en pourcentage des dépenses privées de santé	44.5	44.2
Ressources externes pour la santé en% des dépenses totales en santé	9.9	11.7

Source : Organisation mondiale de la Santé

### 3.3.4. Assurance santé

Le gouvernement du Sénégal s'est engagé à améliorer l'accès à la santé par l'intermédiaire de l'assurance maladie nationale. Le gouvernement a mis récemment sur pied une agence pour la couverture maladie universelle qui offre un paquet standard de soins conformément à la Stratégie nationale pour la couverture universelle de santé. Le gouvernement gère actuellement les régimes d'assurance suivants (27) :

- Assurance obligatoire par employeur ;
- Assurance privée avec contributions volontaires ;
- Assurance maladie communautaire et volontaire (mutuelle de santé) ;
- Les subventions publiques pour des services spécifiques et des groupes de population considérés comme vulnérables, tels que les personnes âgées, les populations indigentes et les personnes handicapées.

Durant l'année 2014, les régimes d'assurance maladie obligatoire ont couvert 35% de la population totale des fonctionnaires (24). La majorité de la population au Sénégal (80%) est employée dans le secteur informel et donc moins susceptible d'être couverte par des régimes d'assurance maladie obligatoire. Ceux qui vivent dans les zones rurales sont également moins susceptibles de bénéficier d'une assurance maladie pourvue par l'employeur. Bien que l'assurance maladie communautaire et volontaire ait été mise en place pour répondre aux besoins de ces populations spécifiques, la mise en place de ce régime reste faible, ceci dû à la baisse des revenus moyens parmi ces groupes de population.

#### ❖ **L'assurance maladie pour les fonctionnaires et retraités**

Il existe depuis 1972 un régime d'assurance maladie obligatoire pour les employés du secteur public et ceux à la retraite. Ce régime d'assurance est financé par le budget central par l'intermédiaire du Ministère des Finances. La source de financement des travailleurs retraités est assurée par le fonds de pension pour les retraités, l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES). Ce système permet d'accéder aux soins de santé par le biais des formations sanitaires publiques et couvre 80% des frais à payer engagés pour des soins médicaux. Les données de la Stratégie Nationale pour la Couverture Universelle de Santé de la période 2013-2017 indiquent qu'environ 300 000 bénéficiaires ont été inscrits à ce régime d'assurance en 2012. Certaines institutions publiques ont mis en place un système complémentaire d'assurance maladie par le biais d'un co-paiement de l'écart de 20% pour assurer la réduction des dépenses directes pour les soins pour leurs bénéficiaires. Environ 65% de ces fonds complémentaires sont utilisés pour des soins spécialisés, tels que la chirurgie et les soins dentaires.

#### ❖ **Assurance maladie sociale pour les travailleurs du secteur privé**

L'assurance sociale de santé pour les travailleurs du secteur privé et leurs familles a été mise en place depuis 1975. Les données du Plan National de Développement Stratégique estiment qu'environ 700 000 personnes ont été inscrites à ce régime d'assurance en 2012. Il existe un décret présidentiel qui oblige toutes les entreprises de plus de 300 employés à créer un régime d'assurance sociale de maladie également appelé Institution de Prévoyance Maladie (IPM). Les entreprises ayant moins d'employés devraient rejoindre les « IPM inter-entreprises » ou se réunir ensemble pour créer de nouvelles organisations. Les IPM sont gérées sous forme de fonds de santé autonomes une fois qu'ils ont été dûment inscrits auprès du Ministère du Travail et à l'IPRES. L'IPM couvre 40% à 80% des coûts médicaux encourus dans la formation sanitaire en fonction du type et du nombre d'assurances que le patient possède. Les données disponibles indiquent que les IPM représentent 58% des dépenses dans les pharmacies privées et chez les opticiens, 48% des dépenses dans les laboratoires biomédicaux et 51% des dépenses dans les cliniques ambulatoires privées (27). Néanmoins, il faut noter que les IMP ont des problèmes de solvabilité et très peu d'entre elles couvrent effectivement leurs souscripteurs.

**Tableau 4: Caractéristiques des systèmes de financement de la santé au Sénégal**

Type d'assurance	Population couverte	% de la pop. couverte	Source de financement	de	Institution de surveillance	avec
Régimes obligatoires (secteur public et privé)	Employé du secteur public	7.4	Budget général		Ministère des Finances	des
	Personne retraitée	4.9	Fonds de pension et de vieillesse (IPRES)		Ministère des Finances et IPRES	des
	Employé du secteur privé	3.6	Assurance sociale de santé (IPM)		Ministère du Travail	
	Etudiants	0.3	Budget général		Ministère de l'Education	de
Assurance volontaire à base communautaire ASBCV	Secteur informel et rural	3.8	Régime des mutuelles de santé		Ministère de la Santé (CMU)	
	Souscription volontaire et individuelle	0.2	Assurance privée			
Assistance médicale et subventionnés	Population vulnérable	3 - 8	Budget général		Ministère de la Santé, service de la Présidence	de la

Source : Projet de Finances et de Gouvernance de la Santé (FGS) de l'USAID (27)

❖ **Assurance de santé volontaire à base communautaire pour le secteur informel et les travailleurs ruraux**

Le régime d'assurance de santé volontaire à base communautaire, encore appelé « mutuelles », a été créé en 1990 et était destiné à fournir une protection contre les risques financiers pour les travailleurs du secteur informel et les habitants des zones rurales. Ce régime offre une assurance pour la grande majorité de la population sénégalaise qui n'est pas admissible aux régimes d'assurance maladie obligatoire ; ce régime d'assurance vise à couvrir 66% de la population admissible d'ici 2017. Ce système a subi des réformes périodiques depuis sa création au début des années 1990 (22, 27). En 2012, le Ministère de la Santé a créé une unité de soutien technique afin d'appuyer et de soutenir les mutuelles de santé. Les responsables de mutuelles de santé ont récemment convenu un paquet de services standard offert par les mutuelles pour tous les clients, ce qui est également pris en compte dans la Stratégie nationale pour la couverture universelle. L'adoption de l'assurance maladie communautaire a considérablement augmenté, avec 32% de la population cible atteinte en 2014 (24), contre 14% en 2012.

❖ **Subventions publiques pour des groupes et services de populations spécifiques**

Le gouvernement a mis en place des programmes qui accordent des subventions et des exemptions de frais pour des services de santé spécifiques, y compris des médicaments antirétroviraux, des césariennes et des médicaments antituberculeux (TB). Le programme d'assistance médicale du gouvernement fournit également certains services gratuits aux indigents et aux populations ayant des besoins plus importants, comme les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées. Présentons quelques exemples de ces services :

- En 2006, le gouvernement a mis en place un programme national de soins de santé gratuits intitulé « Plan sésame pour les séniors ». Ce programme fournit des soins de santé gratuits à la population de 60 ans et plus, financé par le budget de l'administration centrale. Le programme couvre environ 450 000 personnes âgées qui ne sont pas couvertes par des régimes publics ou privés d'assurance-retraite.

- En 2005, le gouvernement a lancé un programme pilote intitulé « gratuité des accouchements et césariennes » afin de fournir des soins de santé gratuits aux postes de santé, aux centres de santé et aux hôpitaux pour toutes les femmes. Cela a d'abord été mis à l'essai dans cinq régions les plus pauvres du Sénégal et, en 2006, étendu à tous les hôpitaux, à l'exception de Dakar. Le programme a atteint une couverture nationale complète en 2011.
- Depuis 1990, il y a eu des initiatives de soins de santé gratuites offertes aux enfants de moins de cinq ans, en commençant par des Programmes élargis de vaccination (PEV) offrant des vaccinations gratuites. Les programmes destinés aux enfants ont été élargis pour inclure l'élimination des parasites, les suppléments alimentaires pour traiter la malnutrition et les suppléments en « vitamine A ».

### 3.4. Prestation de services de santé

#### 3.4.1. Prestation de services au niveau du secteur public

En plus des hôpitaux régionaux, il existe dans chaque district sanitaire au moins un centre de santé qui est habituellement géré par un médecin. Ces centres de santé fournissent des soins médicaux, sociaux préventifs et curatifs. Il existe 76 centres de santé dans le pays, parmi lesquels 23 centres de santé de référence (18). Il existe également un réseau de 971 postes de santé basés dans les municipalités, les communautés rurales et les villages (18). Certaines Formations Sanitaires sont gérées par l'armée. Le Ministère de l'Éducation nationale joue également un rôle dans la gestion des Formations Sanitaires, en particulier les centres de formation médicale qui constituent une partie du niveau périphérique.

#### 3.4.2. Services de santé privés

Il existe des établissements de santé privés qui sont largement concentrés dans la capitale et qui emploient près de 80% de tous les médecins de la capitale. Le secteur privé comprend les installations suivantes (22) :

- 4 hôpitaux privés ;
- 43 cliniques privées ;
- 70 centres de maternité ;
- 131 cabinets médicaux ;
- 76 dispensaires privés ;
- 843 dispensaires de pharmacie ;
- 12 laboratoires médicaux privés ;
- 10 services privés d'imagerie ;
- ONG et associations fournissant des soins.

Les installations privées sont guidées par les mêmes politiques et réglementations que le système de santé général.

#### 3.4.3. Service de soins des forces armées

Les forces armées au Sénégal ont des Formations Sanitaires situées dans toutes les régions où il existe une base militaire. Il existe un total de 44 structures de soins de santé

pour les forces armées à différents niveaux du système de santé (27). Celles-ci comprennent :

- 1 hôpital au niveau national (Hôpital d'Instruction Militaire HIP) ;
- 1 hôpital de niveau régional (Hôpital de garnison) ;
- 16 centres médicaux pour les bases militaires (Infirmierie de Garnison) ;
- 14 laboratoires ; et
- 12 postes de santé.

### 3.5. Ressources Humaines pour la Santé (RHS)

Le Sénégal est en manque de professionnels de la santé, ce qui entraîne une lourde charge de travail pour le personnel de santé existant. Les indicateurs de développement mondial estiment la densité des professionnels de santé au Sénégal à 3,1 pour 10 000 habitants pour les infirmiers/infirmières et les sages-femmes, et 0,68 pour 10 000 habitants pour les médecins (17, 28). Ceci est inférieur au niveau recommandé par l'OMS qui est de 23 professionnels de la santé pour 10 000 habitants nécessaires pour les prestations de soins de santé essentiels.

Le rapport de lits d'hôpital est d'environ 0,3 pour 1000 habitants (28). La pénurie de professionnels de santé et la faible capacité hospitalière au Sénégal sont en dessous de nombreux comparateurs régionaux et sous-régionaux. Par exemple, la densité du personnel de santé est 2 fois inférieure à celle du Ghana, 3 fois plus faible qu'en Ouganda et 4 fois plus faible qu'au Nigeria.

Le Sénégal est également confronté à un problème de répartition géographique inégale des professionnels de santé, avec une grande partie de la main-d'œuvre sanitaire concentrée dans quelques régions du pays. La capitale, par exemple, compte 70% de médecins spécialistes et 39% de médecins généralistes pour seulement 24% de la population (29). De même, alors que la capitale compte 2 médecins pour 10 000 habitants, les régions de Kolda, Fatick, Kaolack et Matam ont moins de 0,4 médecin pour 10 000 habitants (29). Bien que, dans une moindre mesure, la densité du personnel de niveau intermédiaire varie également de manière considérablement d'une région à l'autre (29).

Les disparités en matière de ressources humaines pour le déploiement sanitaire fragilisent le système de santé du pays et compromettent la santé des populations. Le problème de pénurie des professionnels de santé a également donné lieu à des bouleversements de tâches, où le rôle des sages-femmes comprend désormais les soins obstétricaux d'urgence, les soins aux nouveau-nés et les services de planification familiale, tandis que les infirmières passent de la profession d'infirmière aux fonctions de sage-femme dans les régions où le personnel de santé est limité. Cela semble créer une situation où le personnel médical dans certaines zones rurales est obligé de fournir des soins médicaux et traitements pour lesquels il n'a pas été formé (30).

Il existe un Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2009-2018 qui reconnaît que des mesures sont nécessaires pour faire face à la pénurie de personnel de santé et les disparités dans la répartition dans toutes les régions. Ceci en augmentant les capacités de formation au niveau national et en adoptant des mesures pour promouvoir la rétention du personnel. Le plan estime en outre que le pays aura besoin de 13 693 professionnels pour répondre aux besoins de santé jusqu'en 2018 (tableau 5) (27). Afin de

comblent ce déficit, le gouvernement à multiplier les centres de formation et a mis en place une politique volontariste dans ce domaine.

CSP	Liste médecins généralistes		Liste médecins spécialistes		TSS	IDE	SFE	Pharmacie	Chirurgiens et dentistes	D'autres besoins	Total
	médecins généralistes	médecins spécialistes	médecins spécialistes	médecins spécialistes							
<b>Effectifs 2010</b>	255	501	590	1911	825	92	79	7525	11778		
<b>Lacunnes comparées aux standards</b>	-8	72	147	1673	759	-35	-37	-3252	-681		
Remplacement suite retraités	35	148	114	365	95	12	6	881	1656		
Dotations RH suite nouvelles implantations	85	198	454	4020	1928	64	33	4718	11500		
<b>BESOINS D'ICI 2013</b>											
TOTAL 2009-2013	112	418	715	6058	2782	41	2	2347	12475		
Remplacement suite retraités	50	93	110	384	138	12	11	1395	2193		
Dotations RH suite nouvelles implantations	85	198	454	4020	1928	64	33	4718	11500		
TOTAL 2013-2018	135	291	564	4404	2066	76	44	6113	13693		
<b>TOTAL BESOINS À COUVRIR D'ICI 2018</b>	247	709	1279	10462	4848	117	46	8460	26168		
Effectifs 2018	502	1210	1869	12373	5673	209	125	15985	37946		
Taux d'augmentation attendu	1.97	2.42	3.17	6.47	6.88	2.27	1.58	2.12	3.22		

Source : Direction des Ressources Humaines, Ministère de la santé

### 3.6. Technologies et produits médicaux

Le Ministère de la Santé au Sénégal a créé un Comité national pour le développement et la révision des listes de médicaments essentiels et de produits médicaux. Ce comité est en place depuis 1990 et est responsable de la révision des listes nationales des médicaments et autres produits de santé tous les deux ans (22). Le comité est responsable de la réglementation de tous les produits pharmaceutiques achetés par les grossistes publics et privés dans le pays. Il existe également une Direction de la pharmacie et des laboratoires en charge de la pharmacie et des examens médicaux (22). Ce département supervise la pratique des professions pharmaceutiques, la promotion, le contrôle des laboratoires médicaux publics et privés, la régulation et la promotion de la pharmacopée traditionnelle. Il réglemente aussi la fabrication de médicaments et de produits traditionnels.

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est un service gouvernemental chargé d'acheter les produits pharmaceutiques pour le secteur public et de réglementer la distribution en gros. PNA a son siège à Dakar et dans 11 pharmacies régionales (Pharmacie régionale d'approvisionnement) qui remplissent le même rôle dans chaque district en fournissant aux FS. Ce département coordonne toutes les activités liées à la distribution des médicaments et aux réactifs dans les FS. Au total, 99% des médicaments achetés et fournis par la PNA sont des médicaments essentiels inclus dans la Liste nationale des médicaments essentiels. La PNA ne fournit qu'environ 15% du marché des médicaments au Sénégal (22, 27), ce qui a des répercussions sur la livraison de médicaments dans les FS publiques.

La Direction de la pharmacie et du médicament joue un rôle important dans la définition de la politique médicamenteuse (visa, confection de la LNME, délivrance d'AMM). Il faut aussi souligner le rôle du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments pour garantir la qualité des produits médicamenteux.

### 3.7. Système d'information sanitaire

Certaines parties prenantes ont déclaré que le système d'information sanitaire au Sénégal était devenu plus fonctionnel depuis 2004. Le système a été renforcé grâce aux efforts internes et au soutien des partenaires internationaux. Un certain nombre de partenaires ont appuyé le Système général d'information sanitaire et la mise en œuvre de l'outil du Système d'Information Démographique sur la Santé (SIDS2) ou « District Health Information System » (DHIS2). Il s'agissait notamment du programme Belge, de l'UNICEF, d'Intra Health, d'USAID et de l'OMS.

Le Ministère de la Santé et de l'Action sociale révisé les indicateurs de santé tous les deux ans. Le but de cette révision est d'identifier de nouveaux indicateurs pour les divulguer. La liste des indicateurs définitifs est généralement soumise au Ministère de la Santé par les gestionnaires de programme. Le département de gestion du SIS du Ministère de la Santé a fourni un soutien technique mais n'était pas responsable du choix ou de la priorité des indicateurs présents dans la liste.

## CHAPITRE 4 : Évaluation du Système de Santé Oculaire

### 4.1. Statut de la santé oculaire

Il n'y a aucune enquête épidémiologique antérieure à 2010 sur la déficience visuelle au Sénégal. L'information utilisée par le Ministère de la Santé au début du développement du Programme National de Santé Oculaire reposait sur la triangulation des données de surveillance hospitalière menée en 1987.

Selon les estimations du plan Vision Sénégal 2020, on dénombre dans l'ensemble du pays 420 000 malvoyants parmi lesquels 140 000 aveugles, avec un taux de prévalence national de la cécité estimé à 1,4% (7). La prévalence des différentes maladies oculaires est répartie comme suit (Tableau 6). La cataracte constitue la première cause de cécité (0,31%) au Sénégal, touchant près de 30 000 personnes :

**Tableau 6: Répartition des prévalences des différentes pathologies oculaires au Sénégal**

Pathologies oculaires	Prévalence
Cataracte	0,31%
Trachome	0,26%
Glaucome	0,14%
Opacités cornéennes	0,40%
Onchocercose	0,02%
Indéterminée	0,28%

Les deux enquêtes de base sur la population générale disponibles sur les déficiences visuelles au Sénégal ont été réalisées dans les régions de Kaolack et Fatick en 2010 avec le soutien financier de Sightsavers. Ces enquêtes ont utilisé la méthodologie de l'Appréciation Rapide de la Cécité Evitable (ARCE) et ont estimé la prévalence de la cécité chez les personnes de plus de 50 ans à 5,6% dans la région de Kaolack et 5,4% dans la région de Fatick (31). Les femmes étaient plus susceptibles d'être aveugles que les hommes dans ces deux régions. Si nous supposons des niveaux de cécité semblables dans tout le pays et que 6,5% de la population sénégalaise a plus de 50 ans, cela équivaut à environ 53 270 personnes âgées de 50 ans et plus qui sont aveugles.

Les données ARCE montrent également que la cataracte « non opérée » était la principale cause de cécité dans les deux régions. A Fatick, la cataracte non opérée était responsable de 54,7% de la cécité, suivie du trachome (9,4%) et du glaucome (7,3%). A Kaolack, les principales causes de cécité étaient la cataracte (56,8%) et le glaucome (11,3%) (tableau 7).

**Tableau 7: Prévalence de la déficience visuelle et données sur la chirurgie de la cataracte dans les régions de Fatick et Kaolack, ARCE, 2010**

	Fatick Échantillon = 2600	Kaolack Échantillon = 2900
Prévalence de la cécité bilatérale VA $\leq 1 / 20$ (% en 50+, ajusté)	7,65.4%	7,5%
Prévalence de la vision basse VA $< 3/10$ (% en 50+, ajusté)	3,1%	3%
Prévalence de la cécité tous les âges	0,9	0,9
<b>Chirurgie de la Cataracte :</b>		
Couverture chirurgicale de la Cataracte (%)	60,4%	62%
Bonne opération chirurgicale de la cataracte (VA $\geq 6/18$ )	35,5%	28,7%
IOL (%)	49%	62%

Source : Rapport ARCE

**Tableau 8: Principales causes de la cécité dans les régions de Fatick et Kaolack, ARCE, 2010**

Causes (%)	Fatick Taille d'échantillon = 2600	Kaolack Taille d'échantillon = 2900
Erreur de réfraction	1.0	4.7
Cataracte non traitée	54.7	56.8
Aphakie non corrigé	3.6	2.8
<b>Total des curables</b>	<b>59.4</b>	<b>64.3</b>
Complications chirurgicales	4.2	3.8
Trachome	9.4	2.8
Phthisis	5.7	7.5
Autres cicatrices cornéennes	6.8	3.8
Onchocercose	0.0	0.0
<b>Total évitable</b>	<b>85,4</b>	<b>82,2</b>
Glaucome	7.3	11.3
La rétinopathie diabétique	0.0	0.0
Potentiellement évitable*	7,3	11,3
Anomalie Globale	0.0	0.0
DMLA	0.0	0.9
Autre post. Segment / System Nerveux Central	7.3	5.6
<b>Affections du segment postérieur</b>	<b>14.6</b>	<b>17.8</b>

Source: Rapport ARCE

## 4.2. Lien entre le système de santé et la santé oculaire

### 4.2.1. Gouvernance du système de santé oculaire

En 2007, le ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal a créé un Programme chargé de coordonner les activités de santé oculaire et l'a intégré dans la pyramide sanitaire. Ce programme est dirigé par un ophtalmologue qui est le coordonnateur national de la santé oculaire. Le PNPSO est logé à la Direction de la lutte contre la maladie, elle-même étant une entité de la Direction Générale de la Santé (DGS). Ce département a la responsabilité générale de la santé oculaire au niveau ministériel, en particulier sur la

politique, la planification stratégique et la coordination. Ce département est responsable de la promotion de la santé oculaire et la prévention des maladies, y compris des programmes ciblant deux pathologies aveuglantes des MTN : trachome et onchocercose. Les activités de ce département suivent les règlements nationaux établis par le Ministère de la Santé.

La mise en œuvre et la gestion des activités de santé oculaire au niveau régional sont coordonnées par des ophtalmologues régionaux (32). Seules six régions sur 14 disposent d'ophtalmologue régional. L'ophtalmologue régional collabore avec le point focal désigné pour la santé oculaire au niveau de la Direction régionale. Le niveau de coordination varie en fonction de la disponibilité de l'ophtalmologue régional.

La Direction régionale de la santé travaille en collaboration avec l'équipe de santé de district pour coordonner les activités de santé oculaire au niveau du district. Le médecin chef du district est chargé de superviser toutes les activités de santé, y compris en santé oculaire. Dans les districts où il existe une unité de soins oculaires, un technicien supérieur en ophtalmologie ou une infirmière ophtalmologue travaille en étroite collaboration avec le médecin chef du district et le point focal.

Le Sénégal a un Comité du Plan d'Action Global (PAG) aux niveaux national et local (par exemple dans les districts de Kaolack et Louga) avec des objectifs clairs, qui visent à réduire les déficiences visuelles évitables. Il ressort de cette étude que des efforts restent à faire au niveau national car l'ensemble des comités du PAG ne sont pas actifs.

Les parties prenantes ont des opinions diverses sur les niveaux d'engagement en matière de santé oculaire au Sénégal. Par exemple, de nombreux participants pensaient que la création du département national de la santé oculaire mettrait en évidence l'engagement du gouvernement dans la santé oculaire. D'autres ont toutefois estimé que le Ministère de la Santé n'avait pas encore pris le contrôle total de la santé oculaire à travers un financement adéquat pour soutenir les activités de santé oculaire.

#### **4.2.2. Donateurs internationaux et partenaires**

Les donateurs et les ONGi partenaires apportent un soutien important aux activités de santé oculaire au Sénégal. Toutes les régions administratives, à l'exception de Matam, Saint-Louis, Dakar et Tambacounda, ont au moins un partenaire qui soutient les activités de santé oculaire. Les deux principaux partenaires travaillant dans la santé oculaire au moment de l'étude étaient : Sightsavers, qui a soutenu à la fois la santé oculaire et les activités des MTN et RTI, qui s'est concentré sur le trachome. Une autre ONG partenaire identifiée dans la région de Kolda était la Fondation Ferreruela Sanfeliu (FFS) (tableau 9).

Les informateurs clés interrogés dans le cadre de cette étude ont fait la remarque que dans le passé, plusieurs ONGi/donateurs avaient soutenu la santé oculaire au Sénégal, y compris l'Organisation pour la Prévention de la Cécité (OPC), la Fondation Ferreruela Sanfeliu et Hellen Keller International (HKI).

**Tableau 9: Cartographie et coordination des donateurs**

Région	Donateurs	Principales activités
<b>Dakar</b>		
<b>Thiès</b>	RTI	Trachome (DMM, enquête de prévalence)
<b>St Louis</b>	OMVS/PGIRE	Trachome (enquête de prévalence)
<b>Matam</b>	OMVS/PGIRE	Trachome (DMM, enquête de prévalence)
<b>Kaolack</b>	Sightsavers	Santé oculaire, trachome (chirurgie TT)
	RTI	Trachome (DMM, enquête de prévalence)
<b>Kaffrine</b>	Sightsavers	Santé oculaire, trachome (chirurgie TT)
	RTI	Trachome (enquête de prévalence)
<b>Tambacounda</b>	-	-
<b>Kédougou</b>	Sightsavers	Santé oculaire
<b>Louga</b>	Sightsavers	Santé oculaire, trachome (chirurgie TT)
<b>Ziguinchor</b>	Sightsavers	Santé oculaire
	RTI	Trachome (enquête de prévalence)
<b>Diourbel</b>	Sightsavers	Santé oculaire, trachome (chirurgie TT)
	RTI	Trachome (DMM, enquête de prévalence)
<b>Kolda</b>	FFS	Santé oculaire
	IRT Fondation Fereruella Sanfeliu (FFS)	Trachome (enquête de prévalence)
<b>Sédhiou</b>	Sightsavers	Santé oculaire
	RTI	Trachome (enquête de prévalence)
<b>Fatick</b>	Sightsavers	Santé oculaire, trachome (chirurgie TT)
	RTI	Trachome (DMM, enquête de prévalence)
	MERCK, SA	Praziquantel 600mg Tablet
	MERCK Sharp-Dohme	Ivermectine 3mg Tablet]
	GSK	Albendazole 400mg Tablet

Source : Coordonnateur National de la santé oculaire (33)

#### 4.2.3. Politique et stratégie

Les parties prenantes intervenant dans la santé oculaire se sont référées au Plan National de Prévention de la Cécité pour la période 2006-2010, approuvé et mis en œuvre par le ministère de la Santé. Toutefois, depuis 2010, ce plan n'a pas été renouvelé.

Le plan précédent avait pour but d'intégrer la santé oculaire dans le système de santé général, d'améliorer les normes de soins oculaires, d'améliorer la capacité et l'infrastructure des unités de soins oculaires et d'améliorer les ressources humaines. Les parties prenantes se sont toutes mises d'accord sur le fait que de nombreuses activités incluses dans ce plan avaient été mises en œuvre avec le soutien de partenaires de la santé oculaire. Cependant, il y avait peu d'indicateurs objectivement vérifiables pour démontrer des progrès par rapport aux objectifs fixés. Les parties prenantes ont tout de même noté que la mise en œuvre de ce Plan avait été limitée par les contraintes financières et les faibles capacités du Ministère de la Santé à mobiliser des ressources. Un membre senior du Ministère de la Santé a partagé son opinion à ce sujet de la manière suivante:

« [...] ... la plupart des indicateurs ... contenus dans le plan ... n'ont pas été ... réalisés (parce que) comme je vous l'ai dit, nous avons eu beaucoup de problèmes avec la mobilisation des ressources ; mais, en général, nous avons pu réaliser certains éléments clés ». (Informateur clé, niveau national)

Le Ministère de la Santé a élaboré et mis en œuvre trois plans stratégiques pour les MTN pour les périodes 2007-2011, 2011-2015 et 2016-2020 (23). Le plan stratégique actuel se concentre sur 10 MTN endémiques, notamment la lèpre, le ver de Guinée, la rage, la leishmaniose, la dengue, les schistosomias, les helminthiases, la filariose lymphatique, l'onchocercose et le trachome. La filariose lymphatique (FL) et le trachome sont ciblés pour l'élimination d'ici 2020 (23). Cependant, des données probantes indiquent que les progrès réalisés dans la lutte contre la FL ont été lents en raison de ressources humaines et financières limitées et aussi à cause d'une faible mobilisation des communautés et des professionnels de santé (23).

#### 4.2.4. Participation des personnes handicapées dans le processus de prise de décision en santé oculaire

Un domaine abordé par les participants à l'étude était le niveau d'implication des Organisations de Personnes Handicapées (OPH) dans les activités de santé oculaire. Les intervenants ont souligné qu'au moment de l'étude, les OPH n'étaient pas activement impliquées dans la santé oculaire. Certaines parties prenantes ont estimé que les OPH et le Département National de la Santé Oculaire avaient des objectifs différents dans la mesure où les OPH donnaient la priorité à la réadaptation plutôt qu'à la prévention et au traitement. Celles-ci ont soutenu qu'elles avaient un engagement limité et une faible communication avec les programmes de santé oculaire. Une exception a été l'implication fréquente des OPH dans les activités de santé oculaire lors de la Journée mondiale de la vue célébrée au niveau national, de même que l'implication de quelques membres supérieurs des OPH représentant la société civile au sein du comité national du PAG. Les OPH ont également déclaré qu'elles n'avaient pas le pouvoir ni l'expertise de commenter les aspects techniques des politiques gouvernementales en matière de santé oculaire. Elles étaient plus efficaces au niveau communautaire et ont eu du mal à fournir des commentaires au niveau des politiques. Certains membres des OPH ont apporté les commentaires suivants :

*« [...] notre contribution est nécessaire, mais nous entendons seulement parler de la santé oculaire que pendant les Journées mondiales de la vision ... nous devons faire un plaidoyer afin que ceux qui ont des problèmes aux yeux puissent savoir ... il y a un manque de communication » (Participant FGD 2)*

*« [...] ... nous sommes informés au sujet du programme ... nous le savons, mais nous n'avons pas d'informations sur le développement des programmes ... nous ne sommes pas impliqués » (FGD, Participant 4)*

Certains informateurs ont souligné que la situation était différente dans d'autres domaines de la maladie. Par exemple, il y avait de puissants groupes de patients travaillant sur le diabète et aucune politique gouvernementale ne pourrait être adoptée sans leur engagement. Les informateurs ont suggéré que les OPH pourraient apprendre de ces groupes de patients :

*« Je prends l'exemple d'une organisation, très forte ... appelée ASSAD ... c'est le groupe de soutien pour les diabétiques ... qui intervient pratiquement dans toute la politique du diabète, rien ne peut être fait dans le diabète sans eux ... ils sont très puissants ... » (Informateur clé, niveau national)*

L'absence de cadre de coordination était à l'origine de cette situation. Dans le passé, la problématique des personnes handicapées relevait du Ministère des Affaires Sociales et non de la Santé. Cette situation devrait être améliorée car la composante sociale et santé relève maintenant du Ministère de la Santé et de l'Action sociale.

### 4.3. Financement de la santé oculaire

#### 4.3.1. Sources de financement pour la santé oculaire

En ce qui concerne le financement de la santé oculaire, les informateurs ont expliqué qu'avant 2006 (l'année où le programme national de santé oculaire a été établi), les frais payés par les bénéficiaires à la formation sanitaire et à l'assurance communautaire (« mutuelles ») ont été les seules sources de financement pour la santé oculaire. Au cours des années suivantes, elles ont été complétées par des allocations gouvernementales, les fonds des donateurs internationaux et les ONG internationales.

#### 4.3.2. Allocation gouvernementale pour la santé oculaire

Les participants à l'étude ont expliqué que le budget du Ministère de la Santé était divisé en sections, chapitres et lignes budgétaires. La répartition du budget en chapitres a été décrite comme une structure privilégiée pour assurer la transparence. Cependant, au moment de l'étude, il n'existe aucune ligne budgétaire spécifique à la santé oculaire dans le budget général de la santé au Sénégal. Les allocations gouvernementales pour la santé oculaire sont prises en compte dans le budget de la Direction générale de la santé dans le chapitre des maladies non transmissibles et ne sont pas séparées des autres dépenses du Ministère de la Santé.

*« Je peux donc dire que c'est la gestion de la santé ou même la gestion générale de la santé en particulier, mais il n'y a pas de chapitre budgétaire spécifiquement consacré à la santé oculaire » Informateur clé, niveau national.*

La majorité des participants ont estimé que les allocations gouvernementales pour la santé oculaire dans le budget global du Ministère de la Santé étaient limitées et qu'elles étaient restées constantes depuis un certain nombre d'années. Un intervenant, par exemple, a déclaré que :

*« L'allocation budgétaire pour la santé oculaire était restée inchangée entre 2005 et 2011 à 8 millions CFA (environ 17 680 USD en utilisant les taux de change de 2011 0,00221). Le budget avait augmenté pour s'établir à 15 millions de CFA en 2011 (environ 33 150 USD selon les taux de change de 2011), mais il est tombé à nouveau à 8 millions de FCFA en 2015 (environ 13 680 USD en utilisant le taux de change de 2015 à 0,00171) ». Informateur clé, niveau national*

L'allocation budgétaire totale du gouvernement pour la santé oculaire en termes de pourcentage dans le budget total de la Direction générale de la santé était estimée à 6,7% en 2015 (8 millions CFA/120 millions CFA (13 680 USD/265 200 USD en utilisant les taux de change de 0,00171 en 2015).

Au moment de l'étude, il n'y avait pas de dotations budgétaires spécifiques pour les activités de santé oculaire au niveau du district. À ce niveau, le gouvernement a alloué des fonds

pour les services de santé de manière générale, y compris la santé oculaire comme le souligne le chef du district de santé de Nioro :

*« Dans le district de Nioro, les fonds délégués par le gouvernement s'élevé a plus de 20 millions de FCFA (environ 34, 200 USD, selon les taux de change de 2015) »  
Informateur clé, district de santé*

Ces ressources étaient destinées à soutenir la maintenance des véhicules, les consommables informatiques, les produits de nettoyage, les fournitures de bureau et le carburant.

Plusieurs participants ont également mentionné une nouvelle politique de décentralisation qui créerait une nouvelle ligne budgétaire pour la santé oculaire dans les districts :

*« Il existe un plan visant à créer un budget différent pour la santé oculaire à l'hôpital sur la base de la nouvelle politique de décentralisation dans le pays ; ceci facilitera la création d'un nouveau budget pour la santé oculaire » Informateur clé, niveau régional.*

Les parties prenantes ont expliqué que les fonds alloués par le gouvernement et ceux générés par les FS au niveau du district étaient gérés par les comités de santé locaux, qui sont responsables de la fourniture de médicaments et de consommables aux FS, y compris les unités de soins oculaires. Les comités locaux ont également soutenu des activités de sensibilisation pour la santé oculaire. Les unités de soins dans les districts ou les FS publiques produisent suffisamment de ressources pour leur propre fonctionnement. Mais le principe de l'unicité des caisses interdit l'allocation exclusive ou prioritaire de ces ressources à la santé oculaire. C'est l'arbitrage qui décidera de la destination des ressources ; et cela tient plus compte des urgences sanitaires (chirurgie générale, service d'urgence, maternité, etc.).

Au sujet des fonds des collectivités locales alloués au Comité de santé, un certain nombre d'intervenants ont mentionné des retards dans la libération de fonds du niveau régional aux districts de santé et aux formations sanitaires.

### **4.3.3. Le soutien des partenaires techniques et financiers**

Toutes les parties prenantes ont convenu que le partenaire international était une source clé de financement des activités de santé oculaire. Les principaux donateurs mentionnés étaient l'USAID et l'OMS, tandis que Sightsavers, HKI, PAODES, IRT et FERRERA ont été nommés comme les principales ONGi partenaires de la santé oculaire. Il a été souligné que le soutien des partenaires aux activités de santé oculaire était offert de différentes façons. Certaines organisations ont appuyé des activités spécifiques en matière de santé, ce qui a rendu leur contribution plus mesurable et plus transparente. D'autres ont apporté un soutien indirect, grâce à un appui sur les salaires, les consommables et le transport, ce qui était souvent plus difficile à estimer. Sightsavers a été reconnu comme étant le partenaire dont les contributions ont été faites de manière directe dans plusieurs régions et districts de santé.

Les participants à l'étude ont rapporté que la coordination générale des partenaires au niveau régional est assurée par le PNPSO qui a pour fonction de rapprocher les ressources du niveau opérationnel. Ceci explique pourquoi il a toujours préconisé la gestion des ressources financières par les régions médicales.

Les fonds des principaux partenaires externes étaient distribués trimestriellement au niveau régional et au niveau du district. Toutefois, les allocations financières pour la santé oculaire octroyées par partenaires internationaux au Ministère de la Santé ne sont pas visibles au niveau des rapports du PNPSO :

*« Les partenaires internationaux nous soutiennent beaucoup mais ils ne nous disent jamais combien ils ont investi » Informateur clé, niveau national*

#### **4.3.4. Assurance santé**

L'assurance maladie était également considérée comme une source importante de financement des services de santé oculaire, comme l'a décrit un intervenant du Ministère de la Santé :

*« [...] bien ... pour le financement ... attention, il y a deux (sources) ... soit il est payé par les patients ou le paquet d'assurance connu sous le nom Protocol d'Accord de Financement (PAF) » (informateur clé, niveau national)*

Les participants à l'étude ont expliqué que l'assurance-maladie nationale à base communautaire « mutuelle » couvrirait approximativement un tiers des coûts de la chirurgie de la cataracte pour les assurés. Ces fonds sont généralement utilisés pour supporter les coûts de la chirurgie dans les FS publiques.

#### **4.3.5. Dépenses directes des bénéficiaires**

Les personnes intervenantes dans l'étude ont décrit un système interne de production des fonds basé sur les dépenses des patients. Il ressort que les hôpitaux disposaient habituellement d'un seul compte pour tous les fonds générés en interne (32). Par conséquent, cette étude n'a pas pu identifier les dossiers de fonds générés spécifiquement pour les soins oculaires. Certaines parties prenantes ont estimé que, dans certains hôpitaux, les dépenses des patients représentaient 16-17% du revenu total de l'hôpital ; alors que les statistiques mondiales suggèrent que les frais des patients constituent environ 36,9% des dépenses totales de santé au Sénégal.

Les informateurs de l'étude ont déclaré que le prix de la consultation de la cataracte et de la chirurgie facturées aux patients variait selon la localité et le type de formation sanitaire. Les coûts de la chirurgie ont été signalés comme étant les plus élevés dans la capitale et dans les FS privées. Par exemple, des coûts de chirurgie variant entre 35 000 CFA et 50 000 CFA (environ 60 à 86 USD en utilisant le taux de change de 2015 de 0,00171) dans les unités oculaires de Kaolack, Louga et Kebeme, tandis que ceux de Dakar variaient de 100 000 à 150 000 CFA (172 - 258 USD en utilisant le taux de change 2015 de 0,00171) par chirurgie (tableau 10). Certaines parties prenantes ont ajouté que les coûts de la chirurgie de la cataracte n'incluaient pas les services postopératoires, par exemple la réfraction. La figure 18 montre une liste de prix affichée dans l'unité de santé oculaire dans le district de Niore.

Le coût associé aux consultations variait également selon le type de FS et sa localisation. Par exemple, les coûts par consultation dans les hôpitaux régionaux étaient d'environ 3000 CFA (5 USD en utilisant le taux de change de 2016 à 0,001681) alors que dans les unités de soins oculaire au niveau des centres de santé du district elles étaient facturées à environ 1 000 CFA (1,7 USD).

**Tableau 10: Coût de la chirurgie de la cataracte selon le niveau de FS et l'emplacement**

Catégorie	Coût de la chirurgie		Consultation	
	CFA	En USD en utilisant le taux de change de 2016	CFA	En USD en utilisant le taux de change de 2016
<b>FS Publique</b>	100 000 – 150 000	168.05 – 252.08	3 000 – 5 000	5.04 – 8.40
	300 000 – 500 000	504.18 – 840.28		
<b>FS Privée</b>	250 000 – 300 000	420.14 – 504.18	30 000	50.42
	250 000 – 600 000	420.14 – 1008.34		
<b>Région</b>	50 000	84.02	3 000	5.04
<b>District</b>	40 000	67.22	1 000 – 2 000	1.68 – 3.36
<b>Centre de santé</b>	35 000 – 40 000	58.82 – 67.22	2 000	3.36
<b>Capital</b>	100 000 – 150 000	168.05 – 252.08	5 000 – 20 000	8.40 – 33.61
<b>Dépense extérieur</b>	50 000	84.02	1 000 – 3 000	1.68 – 5.04

Un certain nombre de participants ont mentionné des exonérations de frais de soins pour les patients qui ne pouvaient pas payer la chirurgie de la cataracte. Ils ont expliqué que le gouvernement avait un mécanisme pour soutenir les patients qui ne pouvaient pas payer les frais de soins. Ce système était géré par le département des services sociaux de chaque hôpital, ce dernier établit des critères pour fournir des subventions et évalue l'éligibilité de chaque patient. Les exemptions étaient généralement accordées aux patients classés comme indigents, principalement les personnes âgées et les personnes handicapées. Certains intervenants ont mentionné que parfois, les membres de la communauté se sont portés volontaires pour couvrir les coûts pour les patients qui ne pouvaient pas payer.

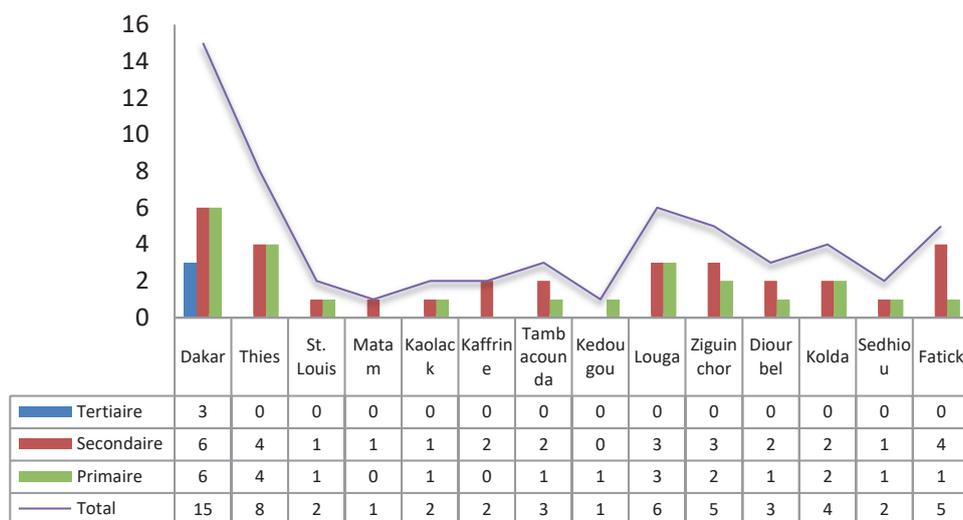
#### 4.4. Prestation de services de santé oculaire

##### 4.4.1. Organisation de l'offre de service de soins oculaires

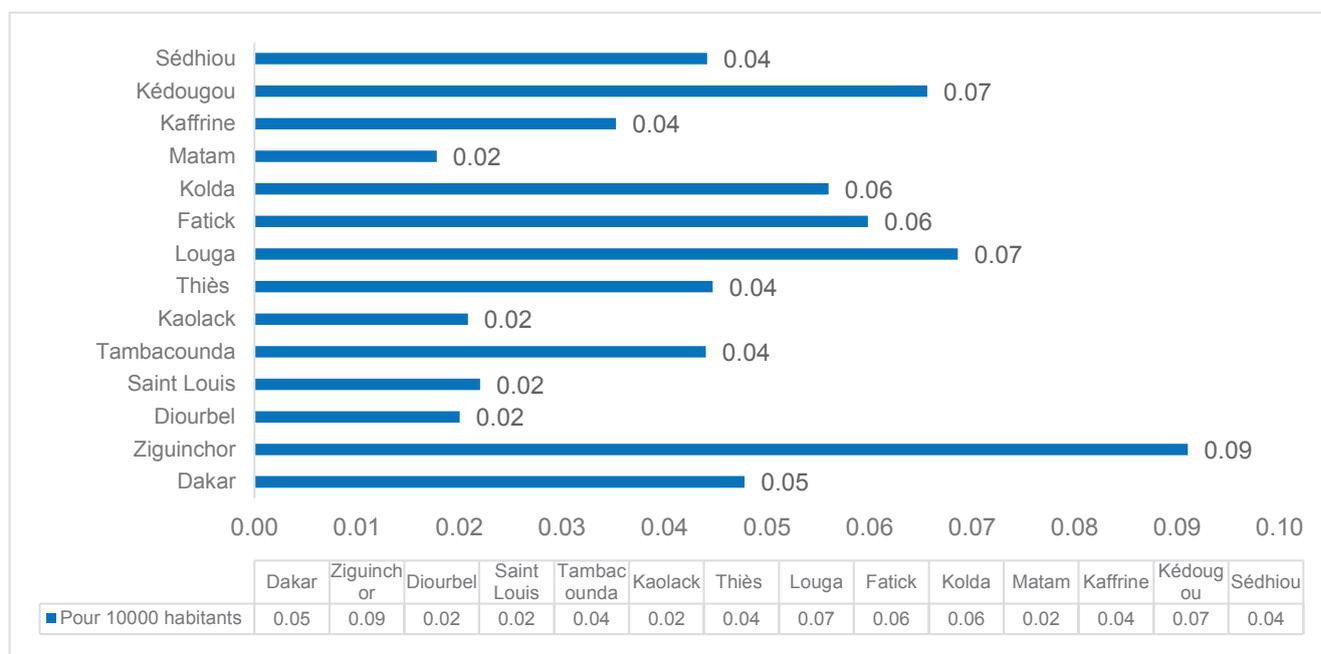
Au moment de l'étude, il y avait 60 unités et service de soins oculaires réparties comme suit : 32 (54,2%) FS secondaires, 24 (40,7%) FS primaires et 3 (5,1%) FS tertiaires (figure 1). Les installations tertiaires étaient uniquement situées à Dakar. Dix-huit unités de soins oculaires ont été installées dans les régions [Kaolack, Kaffrine, Fatick, Ziguinchor, Sedhiou] entre 2007 et 2013 grâce à l'initiative du projet santé pour la paix financée par Sightsavers.

La répartition des FS avec unités de soins oculaires variait selon la région : 15 (25,4%) situées à Dakar, suivies de 8 (13,6%) à Thiès et de 6 (10,2%) à Louga. Le rapport des unités de soins oculaires par population au moment de l'étude variait entre les régions. Le ratio national moyen a été estimé à 0,04 pour 10 000 (soit 250 000 personnes pour 1 unité) (figure 2).

**Figure 1: Répartition des FS ou unités de soins de santé oculaire disponibles en 2014 selon la région et le niveau**



**Figure 2: Répartition des unités de soins oculaires disponibles par population**



Source : PNPSO, les soins oculaires au Sénégal en 2015.

Les participants à l'étude ont décrit comment les services de soins oculaires étaient offerts dans leurs FS. Les consultations en soins oculaires étaient généralement disponibles pendant toute la semaine, tandis que les chirurgies de la cataracte étaient limitées à des jours particuliers en fonction du niveau de la FS, les arrangements à l'unité de soins oculaires et d'autres besoins (équipes chirurgicales). Par exemple, un informateur du district de Nioro a déclaré que :

« La chirurgie de la cataracte dans l'unité oculaire était effectuée quatre jours par semaine, du lundi au jeudi ». Informateur clé, district de santé.

D'autres activités de santé oculaire, comme les programmes de sensibilisation, les chirurgies de Trichiasis, les campagnes de prévention et de promotion de la santé oculaire,

sont également prévues pour des dates particulières. La majorité des parties prenantes se sont mis d'accord que toutes les activités liées à la santé oculaire étaient dispensées dans le cadre du programme national de santé oculaire et dans les unités de soins oculaires sans programmes parallèles ou autonomes.

#### 4.4.2. Consultation oculaire

Durant cette étude nous avons rencontré un grand nombre de personnes qui ont visité des unités de soins oculaires pour des rendez-vous de soins oculaires, des suivis des traitements et des référencement. Par exemple, un total de 155 033 patients soignés (consultants) ont visité les unités de soins oculaires en 2015. Cependant, le nombre de personnes référées et ceux venus pour un suivi de traitement représentaient environ deux fois le nombre de personnes consultées (271 590 en 2015) (34).

La promptitude et la complétude des données continuent à poser des problèmes., De même, le secteur privé avait tendance à sous déclarer ses données :

*« [...] vous trouvez entre 150 000 et 175 000 consultations ... Mais cela est loin de refléter la réalité ... Cela ne reflète pas la réalité puisque les gens ne parlent pas toujours la même langue, en se référant aux consultants et aux consultations ... Ces informations ne tiennent pas compte des données réelles du secteur privé ... [et] des consultations ophtalmologiques effectuées par les médecins généralistes ».*

Informateur clé, niveau national

#### 4.4.3. Accès aux services de cataracte

Le Ministère de la Santé a estimé qu'en 2014, il y avait 41 800 cas de cataracte qui nécessitaient une intervention chirurgicale. Dans la même année, seulement 12 889 interventions chirurgicales ont été effectuées, ce qui indique une lacune dans l'offre actuelle des services (34) (tableau 11).

**Tableau 11: Chirurgies nationales de la cataracte**

Année	2010	2011	2012	2013	2014
Population (millions)	12,15	12,5	12,81	13,13	
Nombre de cataractes à opérer	37646	38739	39708	40700	41800
Nombre de cataractes opérées	10 241	12106	11349	12068	12889
Taux de chirurgie de la cataracte	843	973	889	923	945
Taux d'implantation	96%	97%	97%	97%	97%
Écart absolu	27 406	26633	28359	28732	28900

**Source : Coordonnateur national de la santé oculaire (34)**

Le nombre de chirurgies de la cataracte effectuées est calculé sur la base de deux sources, les cas de cataracte identifiés dans les FS (chirurgie de routine) et les cas identifiés lors des campagnes de sensibilisation. Les campagnes de chirurgies de la cataracte jouent un rôle important dans l'identification des patients atteints de cataracte, bien que leur contribution au nombre total de patients ait varié au cours des années, passant de 5% en 2001 à 23% en 2011. Entre 2012 et 2014 le pourcentage des cas de cataracte opérées lors des campagnes est passé de 13,3% en 2012 à 10,4% en 2014, dû à une amélioration de l'offre de service en milieu hospitalier limitant ainsi l'organisation des campagnes.

Le taux de chirurgie de la cataracte rapporté (TCC) dans le pays est passé de 843 chirurgies pour un million d'habitants en 2010, à 945 pour un million d'habitants en 2014 (figure 3). La tendance montre une augmentation générale au cours des 5 dernières années, néanmoins on observe un ralentissement au cours des dernières années. Le TCC actuel représente environ la moitié de la cible recommandée pour l'Afrique (2 000 pour un million d'habitants par an) (12) et il existe des variations importantes du nombre de chirurgies entre les régions.

**Figure 3: Taux de chirurgie de la cataracte (TCC)/million d'habitants/année**



**Source : PNPSO, 2015**

Les données sur la couverture de la cataracte ne sont pas faciles à obtenir et les estimations disponibles sont difficiles à interpréter. Ces estimations suggèrent que l'accès aux services de cataracte dans le pays est passé de 17,3% en 2000 à 30,8% en 2014. Cependant, les estimations doivent être traitées avec prudence car elles ne sont pas basées sur les données démographiques.

Les études ARCE, qui sont les seules estimations basées sur la population, ont été réalisées dans deux régions, Kaolack et Fatick. Elles ont montré une couverture chirurgicale très élevée dans ces deux régions, de 62%% et 60.4% respectivement (31) (tableau 7). Cependant, il est probable que l'accès aux services de soins de la cataracte varie considérablement d'une région à l'autre. De plus, le TCC à Fatick et Kaolack ne peut pas être considéré comme représentatif de celui du pays.

En outre, les données sur le nombre total de chirurgies utilisées dans le calcul des estimations du TCC et de la couverture nationale sont probablement sous-estimées, car les FS privées sont réticentes à déclarer le nombre de chirurgies de la cataracte effectuées.

Parmi les personnes qui avaient été opérées de la cataracte, seulement 29% à Kaolack et 36% à Fatick ont eu de bons résultats visuels (VA > 6/18), avec une amélioration de 39% et 41% respectivement avec la correction. Ceci est inférieur au niveau recommandé qui est de 80%. Environ 51% des participants à l'ARCE dans ces deux régions avaient des résultats visuels médiocres (VA < 6/60), avec une réduction à environ 37% avec correction. Ceci est beaucoup plus élevé que le niveau recommandé de 5% (31).

Au total, 29,1% des interventions chirurgicales à Kaolack et 47,8% des interventions chirurgicales à Fatick étaient des chirurgies non-IOL. A Fatick, les femmes étaient plus susceptibles d'avoir une chirurgie non-IOL que les hommes. Cependant cette situation est due au fait que, lors de période de mise en place de l'ARCE, l'offre de chirurgie de la

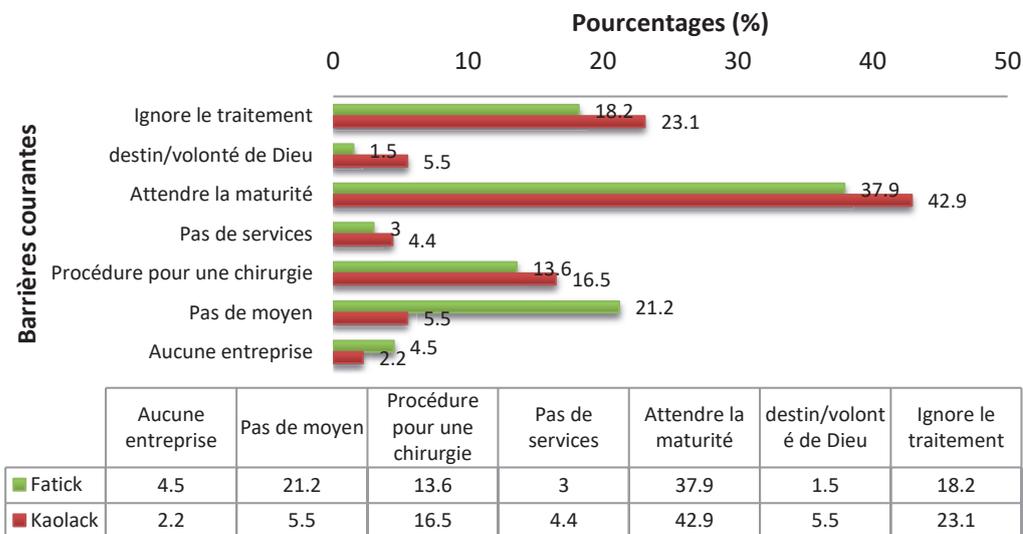
cataracte n'existait pas à Fatick. Les patients de cette zone se faisaient opérer en Gambie (31).

L'étude a calculé la productivité chirurgicale de la cataracte en divisant le nombre total de chirurgies de la cataracte signalées en 2014 par le nombre d'ophtalmologues et de chirurgiens de la cataracte (12). À l'aide de ces données, la productivité chirurgicale de la cataracte en 2014 a été de 150 chirurgies par ophtalmologues/chirurgien, ce qui est bien inférieur au niveau recommandé qui est de 500 chirurgies par chirurgien par an (12). Cependant, ce nombre peut être une sous-estimation, car beaucoup de chirurgies privées ne rapportent pas leurs données au niveau system national de Gestion de l'Information Sanitaire. De même au Sénégal, tous les ophtalmologistes ne sont pas des chirurgiens.

Les informateurs clés ont commenté l'amélioration des prestations de services offertes par les chirurgiens de la cataracte comme étant le résultat des formations continues effectuées au cours des dernières années. Ils ont toutefois suggéré que la demande actuelle de chirurgie de la cataracte dépasse l'offre et qu'il y a des listes d'attente considérables dans de nombreuses FS.

Les principales raisons de ne pas entreprendre une chirurgie de la cataracte dans les deux régions où l'enquête sur l'ARCE a été menée étaient l'attente de la maturité de la cataracte et la méconnaissance du traitement ou de la façon de l'obtenir. A Fatick, les contraintes financières étaient la deuxième barrière la plus rencontrée (figure 4) (31).

**Figure 4: Obstacles à la réalisation des chirurgies de la cataracte dans les régions de Fatick et Kaolack en 2010**



**Source : Report de l'ARCE**

Les informateurs des OPH ont rapporté que la conception des bâtiments hospitaliers constituait un obstacle important pour de nombreux patients, rendant ainsi difficile l'accès et le déplacement aux personnes âgées ayant des déficiences visuelles :

« [...] vous entrez dans le bâtiment, si vous avez des déficiences visuelles, c'est difficile ... l'infrastructure ... n'est pas très appropriée » (FGD, participant 1)

Les OPH ont également fait le constat selon lequel de nombreuses personnes n'ont pas d'informations sur la gamme de services offerts ainsi que leur prix, bien que cette étude ait démontré que cette information était disponible dans plusieurs unités oculaires.

Les discussions de groupes avec les personnes handicapées ont révélé des barrières telles que l'attitude des professionnels de la santé, par exemple une mauvaise réception par les professionnels de santé oculaire et de longs délais d'attente dans les cliniques.

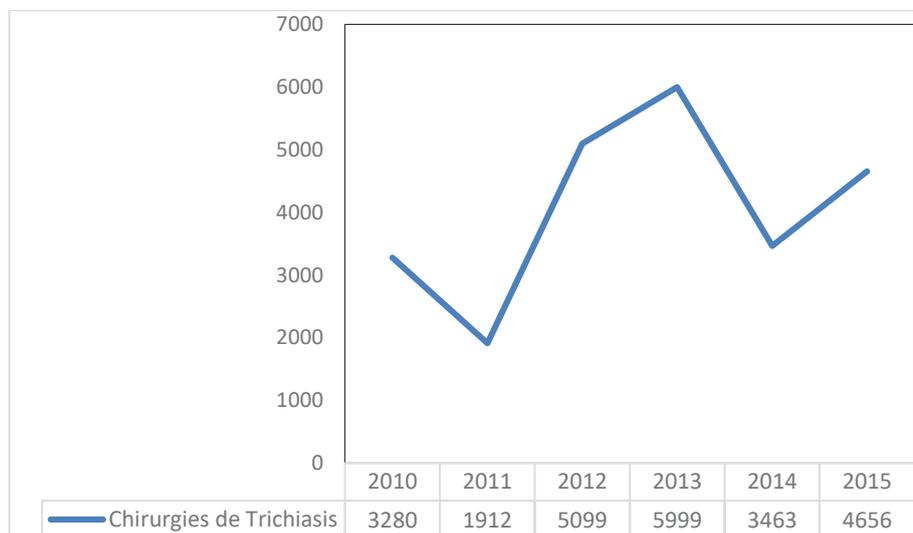
Un grand nombre d'intervenants ont déclaré que les hôpitaux ont réservé des lits pour les patients hospitalisés venant des communautés rurales éloignées, incapables de rentrer chez eux après la chirurgie. En moyenne, il y avait 2 à 3 lits réservés par unité de soins oculaires à l'extérieur de Dakar. Dans les endroits où il n'y avait pas de lits d'hôpitaux réservés (par exemple Kebeme, Niore), il y avait une possibilité de réserver un lit sur demande. Cependant, il a également été observé que, dans de nombreuses FS, les soins oculaires sont dispensés en tant qu'activité ambulatoire, ce qui entraîne souvent une sous-utilisation des lits réservés aux hospitalisations des soins oculaires.

#### 4.4.3.1. Réponse au trachome

Le trachome représente la deuxième cause de cécité au Sénégal, étant responsable d'environ 25 000 aveugles. Une enquête récente sur la prévalence du trachome a révélé que 320 000 enfants de moins de 10 ans manifestaient des signes de trachome (7).

Les documents disponibles sur le trachome montrent que le nombre de chirurgies du trichiasis a augmenté de 3 280 chirurgies en 2010, jusqu'à son sommet qui est d'environ 5 947 chirurgies en 2013. En 2015, le nombre de chirurgies du trichiasis était de 4686 chirurgies (34) (figure 5).

**Figure 5: Tendances des chirurgies du trichiasis pour la période 2010 – 2015**



**Source : Coordonnateur national de la santé oculaire, Ministère de la Santé, 2015**

Le nombre de traitements avec de l'azithromycine a considérablement augmenté depuis ces dernières années. Il était de 1,83 million en 2014.

## 4.5. Ressources humaines pour la santé oculaire

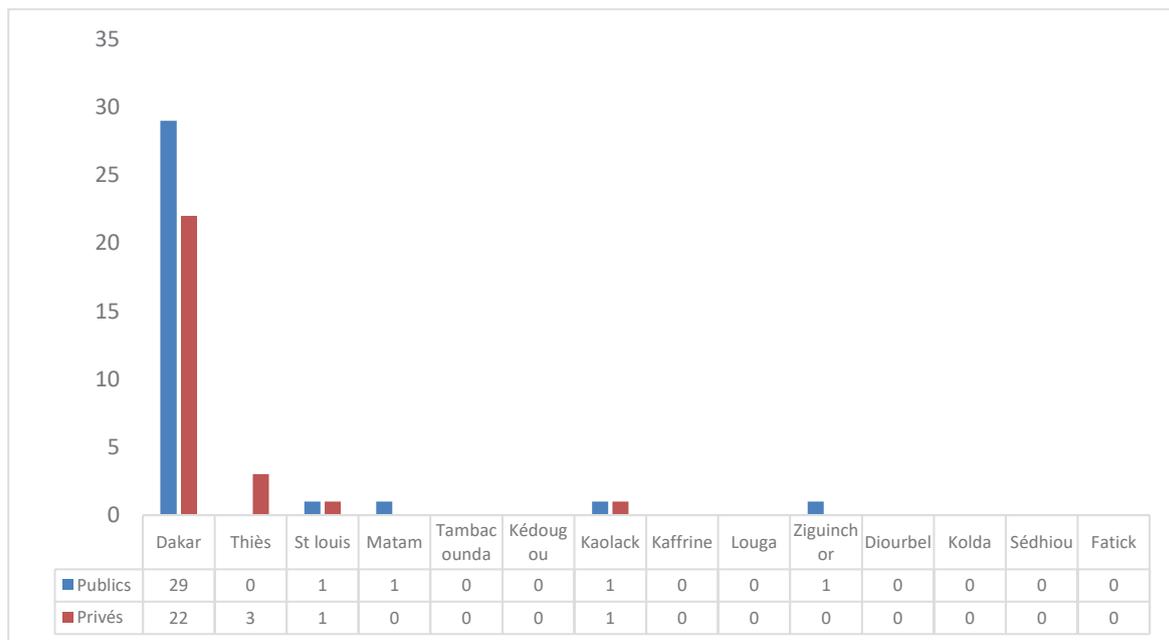
### 4.5.1. Les professionnels de la santé oculaire

Au moment de l'étude, il y avait au total 60 ophtalmologues actifs et 26 chirurgiens de la cataracte. Cela représente 5,8 chirurgiens (ophtalmologistes et chirurgiens de la cataracte) pour un million d'habitants, ce qui est supérieur à l'objectif PAG qui est de 4 chirurgiens pour un million d'habitants (figure 8). Comme le montre la figure 6, on observe que 55% (33/60) des ophtalmologues au Sénégal sont déployés dans le secteur public, tandis que 45% (27/60) sont dans les FS privées

L'étude a relevé des inégalités géographiques importantes dans la répartition des professionnels de soins de santé oculaire, en particulier les ophtalmologues. Seulement 6 régions sur 14 au Sénégal avaient un ophtalmologue et 85% de tous les ophtalmologues 51 étaient basés à Dakar (figure 7) comme l'a rapporté un informateur :

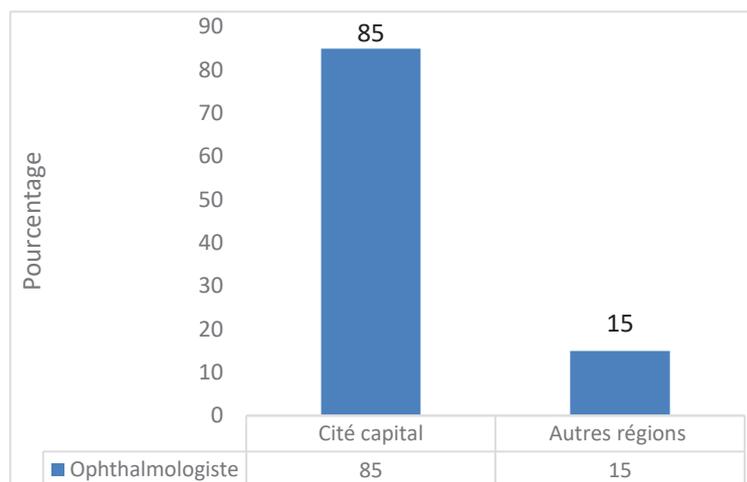
« [...] bien, nous devons souligner que nous avons des problèmes au Sénégal concernant les professionnels de soins de santé oculaire ... il y a un écart ... nous ne sommes pas en mesure d'obtenir des ophtalmologues ... [dans] chaque région ... »  
Informateur clé, niveau national

**Figure 6: Répartition des ophtalmologistes par secteur public et privé, régions**



Source : PNPSO, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2015

**Figure 7: Répartition des ophtalmologistes par secteur public et privé et par région**



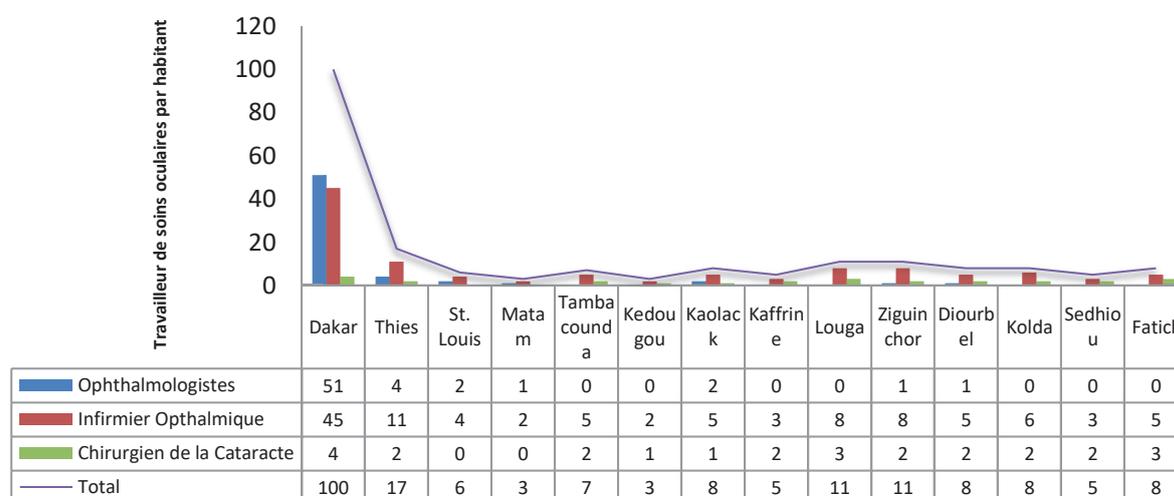
**Source : coordonnateur national de la santé oculaire, ministère de la Santé**

Les régions qui ne disposaient pas d'ophtalmologue au moment de l'étude étaient les suivantes : Tambacounda, Kedougou, Kaffrine, Louga, Diourbel, Kolda, Sedhiou et Fatick (figures 8). Certains participants à l'étude ont souligné que l'offre de services de soins oculaires est affectée par une pénurie et une inégale répartition des professionnels généraux des soins oculaires. Ils expliquent en outre que les stratégies utilisées pour attirer les professionnels de soins oculaires dans les zones rurales étaient soit des incitations financières, soit des « plaidoyers personnels ».

Un certain nombre de parties prenantes ont également mentionné le problème des ophtalmologistes vieillissants et l'absence de plans clairs pour les remplacer :

« [...] parce que les ophtalmologistes qui sont là, si vous regardez ... à leur âge ... il y en a beaucoup qui prendront leur retraite bientôt ... il y en a un dans la région de Thiès qui est retraité ... qui ont été forcés de rester à l'hôpital pour continuer les services ... Parce qu'il n'y a personne [pour le remplacer] » Informateur clé, niveau national.

**Figure 8: Répartition des travailleurs des soins oculaires selon les régions**



**Source : PNPSO, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2015**

On a également noté que des techniciens supérieurs avaient été formés comme chirurgiens de la cataracte pour combler les déficits en ophtalmologistes dans certaines régions (figure 10). Cependant, en dépit d'avoir formé un grand nombre de ces chirurgiens de la cataracte, il n'existait pas de cadre légal reconnu et on notait la présence d'un sentiment mitigé au sujet de leur rôle, de leur soutien et de leur efficacité parmi les intervenants interrogés.

De même, les techniciens ophtalmologistes, encore appelés infirmiers ophtalmologues, ont été formés au sein des établissements de formation en soins oculaires à l'extérieur du Sénégal afin d'améliorer l'offre des services de soins de santé oculaire à travers le pays. L'étude a identifié 112 infirmiers/infirmières ophtalmologues, ce qui représente un ratio de 7,5% pour un million d'habitants (figure 9), ce qui est inférieur à l'objectif PAG qui est de 10% pour un million d'habitants (12). En tout, 112 infirmiers ophtalmologues et 26 chirurgiens de la cataracte ont été déployés et distribués dans 14 régions administratives (tableau 12).

Au total, il y avait 3 optométristes, ce qui représentait un ratio de 0,2 pour un million d'habitants. Ce qui est nettement inférieur à l'objectif recommandé qui est de 20 pour un million d'habitants (figure 9). De plus, les optométristes ne sont pas reconnus comme des professionnels de soins de santé oculaire par le Ministère de la Santé lorsqu'ils sont nouvellement recrutés. Les trois optométristes identifiés dans l'étude étaient des techniciens supérieurs qui travaillaient déjà et avaient été promus à des rôles d'optométristes (initialement 4, mais un a pris sa retraite depuis 2013).

Certaines personnes interrogées ont fait savoir que le nombre limité d'ophtalmologistes disponible dans les FS mettait sous pression les unités de soins de santé oculaire. Cette pression est plus accentuée lors des activités de sensibilisation :

*« [...] il y a trois infirmières en ophtalmologie dans la FS, ce qui rend difficile la mise sur pied d'une gamme complète de services de santé oculaire lorsqu'elles se déplacent pour des programmes de sensibilisation »* Informateur clé, district de santé.

**Tableau 12: Distribution des professionnels de la sante oculaire**

Paramètre	Total Personnel actif	Public	Privé		Localisation		Programme de formation	sans	
			Avec profit	ONG	Capital	Hors de la Capital		Total emploi	Année Final de formation
Ophtalmologistes	60	34	26		51	9	1	2	3
Chirurgien de la cataracte	26	26	0	0	0	0	0	0	4
<b>Total de chirurgien</b>	<b>86</b>	<b>62</b>	<b>26</b>				<b>1</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
TSO/Ophth. infirmier	112	112	0	0	0	0	1	2	5
<b>Total</b>	<b>112</b>						<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
Optométristes	3	3	0	0	0	0	0	0	0

Source : PNPSO, 2015

Figure 9: Nombre de praticiens de soins oculaires par million d'habitants en 2014

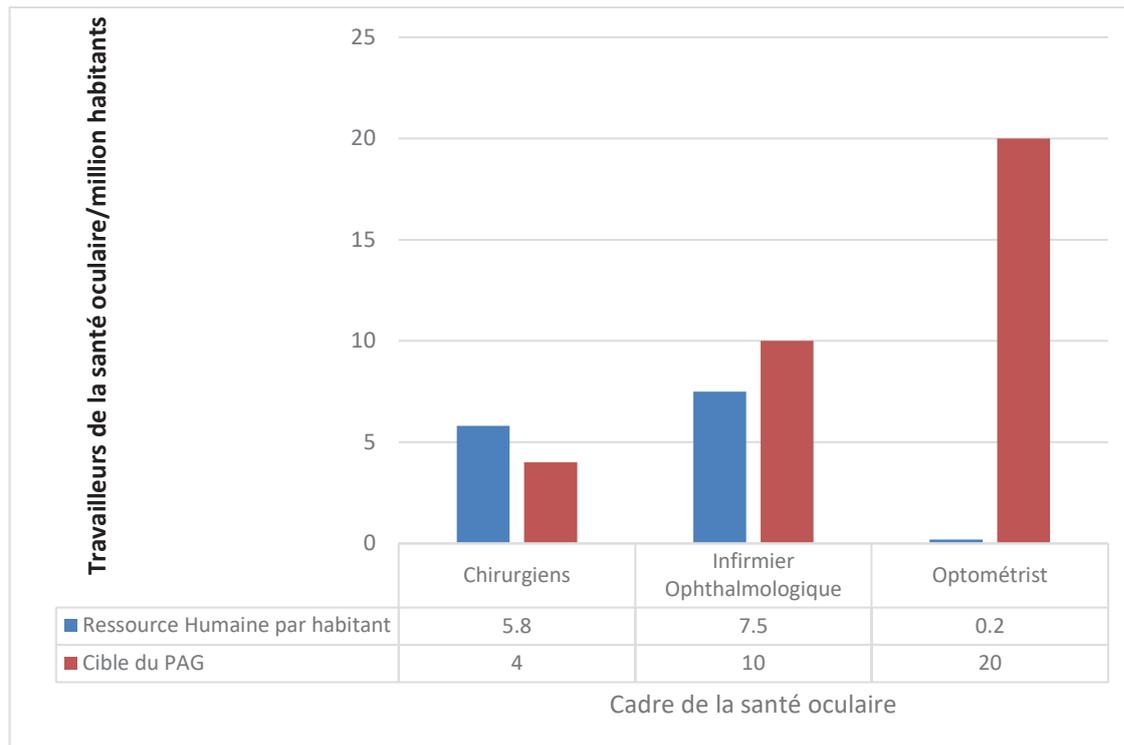
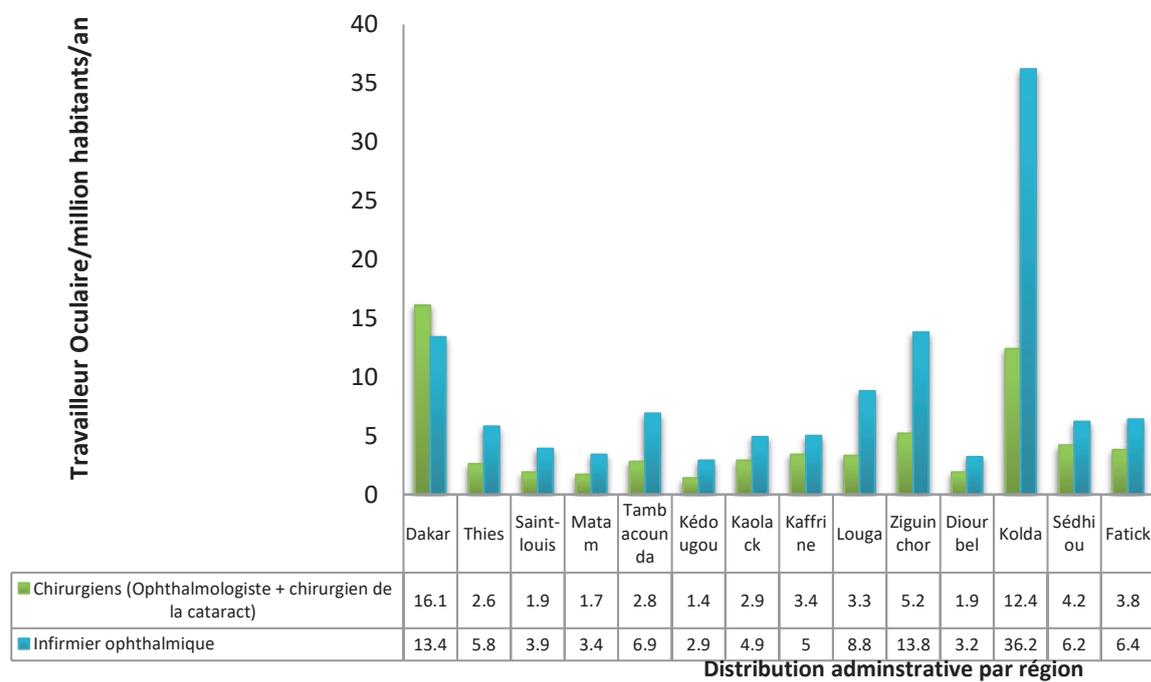


Figure 10: Répartition des professionnels/million d'habitants et par région



#### 4.5.2. Formation des ressources humaines

Il existe deux établissements pour la formation des professionnels en soins de santé oculaire au Sénégal : l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) et l'Ecole Nationale de Formation Sanitaire et Sociale (ENDSS). Les informateurs ont expliqué que l'UCAD était responsable de la formation des ophtalmologistes pendant une durée de 4 ans, tandis que l'ENDSS a la responsabilité de former les techniciens supérieurs (infirmiers ophtalmologues) durant une période de 3 ans.

La moyenne des étudiants inscrits à l'UCAD pour le programme d'ophtalmologie était d'environ 12, alors que l'ENDSS enrôle 10 élèves. Les participants à l'étude ont déclaré que tous les diplômés étaient déployés dans le système de santé oculaire, mais il n'existe pas de protocole d'entente formel (PEF) entre le Ministère de la Santé et les deux établissements de formation. La nécessité d'un tel protocole d'accord a été identifiée par un certain nombre d'intervenants, en particulier ceux des OPH.

Les parties prenantes ont également noté que le Ministère de la Santé a soutenu une formation continue de trois mois pour les professionnels de soins de santé oculaire. Dans certains cas, il y avait des bourses pour la formation continue pour les chirurgiens de la cataracte. Un certain nombre de personnes interrogées ont déclaré que la formation continue était une bonne initiative pour les professionnels de soins de santé oculaire :

*« [...] la formation continue améliore les compétences et la connaissance des professionnels de soins de santé oculaire ... il n'y a pas de barrière au niveau du ministère pour une telle formation »* Informateur clé, niveau national

Certains intervenants ont noté que les établissements de formation étaient autonomes et ne répondaient pas aux besoins du système de santé oculaire. Par exemple, le nombre d'infirmiers ophtalmologues (technologues ophtalmologistes) formés à l'ENDSS était limité, ce qui ne satisfaisait pas les besoins du système de santé oculaire et de la population. Certains intervenants ont suggéré que des infirmiers ophtalmologues formés en Gambie soient reconnus par le Sénégal :

*« [...] il n'y a rien dans le cadre juridique sénégalais qui s'oppose à la formation des TSO en Gambie »* Informateur clé, niveau national

Les ONGi partenaires fournissent des bourses d'études pour financer la formation des infirmiers ophtalmologues dans les établissements de formation en soins de santé oculaire. Par exemple, Sightsavers a soutenu la formation de 20 infirmiers/infirmières ophtalmiques dans le passé, et la Fondation Ferreruela en a soutenu 3.

#### 4.5.3. Formation des infirmiers en soins de santé oculaire

Dans la plupart des régions, il y a des infirmiers/infirmières spécialisé(e)s en soins de santé primaires formé(e)s aux soins oculaires, tant en formation initiale qu'en formation continue. Par exemple, de nombreuses parties prenantes se sont référées à une initiative de formation en 2014 où environ 400 infirmiers/infirmières ont reçu une formation continue. Une autre formation d'environ 400 à 500 infirmiers/infirmières dans les soins de santé primaires oculaire, soutenue par le « Projet d'Appui à l'Offre et la Demande en Soins » (PAODESS). La formation des infirmiers/infirmières aux soins oculaires est principalement soutenue et financée par des donateurs extérieurs, Sightsavers et la Fondation Ferreruela. RTI

International a également dispensé une formation au personnel de soins de santé primaires impliqué dans des programmes de trachome.

#### 4.5.4. Système de gestion des ressources humaines

Le Sénégal a des ressources humaines pour sa politique de santé, qui inclut les professionnels de soins de santé oculaire. Les parties prenantes ont également mentionné que le Plan national de développement a des objectifs spécifiques pour le personnel de santé oculaire.

Les intervenants ont fait la remarque que le Ministère de la Santé est responsable du recrutement et du déploiement des agents de santé oculaire du secteur public de la même manière que les autres cadres de santé du pays. Le recrutement est géré par le service des ressources humaines (RH), qui collabore avec le département national de la santé oculaire. Bien qu'un interviewé ait exprimé des inquiétudes au sujet du partage limité d'informations entre les deux départements, d'autres intervenants ont déclaré que ces départements doivent collaborer pour assurer une répartition égale des agents de santé oculaire à travers le pays.

Certains participants ont mentionné « SiLRH », un logiciel d'information sanitaire en téléchargement libre qui fournit aux responsables du secteur de la santé des informations pour suivre, gérer et planifier les ressources humaines du secteur de la santé. Ce système a été développé par un projet financé par l'USAID et adopté au Sénégal en 2013. Initialement, ce logiciel portait sur les agents de santé pour la santé maternelle et infantile en tant que domaine prioritaire du Ministère de la Santé du Sénégal. Cependant, selon un informateur, le département RH, en collaboration avec le coordonnateur national de la santé oculaire, utilise cet outil pour planifier les ressources humaines nationales pour la santé oculaire.

Un autre problème lié au recrutement des professionnels de santé était une augmentation grandissante du nombre de travailleurs féminin dans la santé oculaire. Il s'agissait d'un effort délibéré des cadres supérieurs de la santé oculaire afin d'encourager le personnel féminin de la santé oculaire. Par exemple, un informateur du Ministère de la Santé a rapporté que :

*« Sur 30 ou 40 TSO (infirmiers ophtalmologues) formés au cours des cinq dernières années, seulement 5 étaient des hommes »* (Informateur clé, niveau national).

Une question amplement abordée par les intervenants de l'étude était la supervision du personnel de santé oculaire. Les participants ont mentionné que le système de santé a mis en place une approche de supervision intégrée, où l'équipe de gestion du district a pris la responsabilité de superviser. L'approche de supervision intégrée a permis d'intégrer les ophtalmologues dans l'équipe principale de supervision. Cette stratégie a permis d'intégrer la santé oculaire dans le système de supervision générale.

#### 4.6. Produits et technologies médicales pour la santé oculaire

##### 4.6.1. Politique, lois et réglementations

Les intervenants ont apporté des explications sur le système d'approvisionnement en produits médicaux au Sénégal. La Direction de la Pharmacie et des Médicaments (DPM) était responsable de l'enregistrement des médicaments alors que la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) était responsable des achats. Un certain nombre de parties

prenantes ont déclaré que la DPM, la PNA, les utilisateurs de soins de santé et les fournisseurs organisaient régulièrement des ateliers afin de discuter et de se mettre d'accord sur les médicaments à inclure dans la LNME. Il s'agit d'une réactualisation qui a lieu tous les deux ans.

Les parties prenantes ont également déclaré qu'au sein du secteur public, la DPM assurait l'enregistrement tandis que l'approvisionnement national des pharmacies commandait et centralisait tous les produits pharmaceutiques. Cependant, dans le secteur privé, il y avait divers grossistes distributeurs, importateurs de produits médicaux ou achetant auprès des fabricants pharmaceutiques locaux.

Les participants à l'étude ont souligné que seul l'essentiel des produits pharmaceutiques de base pour la santé oculaire figurait dans la LNME. Les dossiers disponibles au Ministère de la Santé rapportent 27 médicaments liés à l'œil présentés dans la LNME au moment de l'étude - tableau 19 (en annexe).

Les informateurs clés ont déclaré qu'il existait des manuels cliniques pour les professionnels de la santé, qui contenaient des informations sur divers médicaments liés à l'œil.

#### 4.6.2. Financement des produits destinés à la santé oculaire

L'examen des documents disponibles a montré qu'une grande partie des médicaments, en particulier ceux des programmes de lutte contre les MTN, ont été financés par des donateurs et des partenaires internationaux. Le tableau 13 fournit des informations sur les principaux donateurs qui appuient l'approvisionnement en produits pharmaceutiques pour les programmes de lutte contre les MTN au Sénégal.

**Tableau 13: Donateurs/partenaires qui appuient l'achat des produits pharmaceutiques pour les MTN**

Donateurs (partenaires)	Produits pharmaceutiques des MTN
GSK	Albendazole 400mg Tablet
MERCK Sharp-Dohme	Ivermectine 3mg Tablet
MERCK,SA	Praziquantel 600mg Tablet
ITI	Azithromycin 250mg Tablet
ITI	Azithromycin 1200mg Syrup
RTI International	Tétracycline 1% pommade

Source : PNPSO, Ministère de la Santé

Les participants à l'étude ont déclaré qu'il n'y avait pas d'information sur les allocations gouvernementales pour l'achat de produits pharmaceutiques par l'entremise du Ministère de la Santé. Les informateurs clés aux niveaux régional et hospitalier ont estimé que les produits de soins oculaires ont été achetés principalement en utilisant les budgets des hôpitaux.

Cependant, très peu de participants pouvaient estimer la proportion des dépenses pharmaceutiques des hôpitaux consacrés aux produits de santé oculaire. Un seul informateur au niveau de l'Hôpital régional de Louga a affirmé que les médicaments pour soins oculaires représentaient environ 28,4% du budget total de l'hôpital pour les produits pharmaceutiques, soit 902 000 CFA sur 3 176 350 CFA (1 542 USD sur 5342 USD selon le taux de change 2015 de 0,00171) :

« [...] les produits médicaux pour la santé oculaire constituent 28,39% du budget total pour les produits médicaux à l'hôpital » Informateur clé, niveau régional

Les participants à l'étude ont également noté qu'il n'y avait aucune information sur les montants dépensés sur les produits médicaux de santé oculaire provenant des fonds privés, y compris des dépenses directes provenant des patients et de l'assurance maladie.

Dans les FS publiques, aucun délai n'était fixé pour l'achat des médicaments destinés à la santé oculaire. L'achat de produits pour la santé oculaire se fait au besoin.

#### **4.7. Système d'information de santé oculaire**

##### **4.7.1. Renforcement du Système d'Information Sanitaire (SIS) au Sénégal**

Sightsavers a été identifié comme le seul partenaire fournissant un soutien financier pour renforcer le système d'information sur la santé oculaire. Sightsavers a exprimé son engagement à soutenir la mise en œuvre de l'outil (SIDS2) pour assurer l'intégration des données de la santé oculaire.

##### **4.7.2. Disponibilité des données sur la santé oculaire**

Les parties prenantes ont déclaré que l'information sur la santé oculaire était normalisée et intégrée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les informations sur le nombre de chirurgies de la cataracte étaient signalées au Ministère de la Santé. Ces informations étaient utilisées lors de la revue annuelle des rapports. Elles étaient considérées comme des sources d'information fiable et disponible, utilisée par les parties prenantes, les partenaires nationaux et locaux.

Cependant, plusieurs participants ont déclaré que le nombre d'indicateurs de santé oculaire inclus dans le rapport du système d'information sanitaire était limité.

Les intervenants au niveau national ont souligné le manque de données pour la planification nationale ou la mesure de l'efficacité des programmes de santé oculaire. Ils ont expliqué que les données étaient disponibles dans les registres des formations sanitaires ou dans les rapports ONGi. Même si les ONGi ont souvent partagé leurs données avec le Département de la Santé Oculaire, leurs systèmes de collecte de données et leurs outils varient et il était difficile pour le Ministère de la Santé de coordonner et d'aligner cette information.

Les représentants des OPH ont également déclaré avoir eu des difficultés à obtenir des informations fiables sur la santé oculaire au Ministère de la Santé. Les seules sources auxquelles ils se référaient étaient les données globales de statistiques des répertoires de la Banque mondiale, de l'OMS et des communications informelles avec le coordonnateur national de la santé oculaire. On a soutenu que le manque de données compromettait les processus de planification des activités des OPH.

Les intervenants interrogés espèrent que le nouvel outil de (SIDS2) les aiderait à rassembler et stocker des informations d'une manière plus coordonnée :

« [...] car nous (aurons) un outil qui peut nous permettre de tout prendre, nous allons créer un portail central pour le stockage des données ... où toutes les données seront acheminées et quand nous aurons besoin de données, nous pouvons compter sur cet outil pour l'information ... » Informateur clé, niveau national

### 4.7.3. Le système de rapportage et de remontée des données de santé oculaire à différents niveaux

Il a été expliqué que les informations rassemblées dans les registres des formations sanitaires comprenaient le nombre de consultations oculaires et le nombre de chirurgies de la cataracte effectuées. Les unités de soins oculaires utilisaient leurs propres modèles de rapport et envoyaient les informations par courrier électronique au directeur médical ou à l'unité d'information sanitaire du district, qui par la suite les transmettaient au niveau régional.

Les données sont rapportées à la région par le biais du système d'information de l'hôpital. L'infirmier ophtalmologue (TSO) est responsable de la compilation des données sur la santé oculaire dans la zone du district avant de l'envoyer à la région. Les données régionales étaient validées par l'ophtalmologiste régional.

*« L'unité a son propre modèle de rapport pour recueillir des informations sur la santé oculaire ... Cette information est envoyée au département de l'information sanitaire de l'hôpital avant d'être envoyée au niveau régional »* Informateur clé, niveau régional

Certaines parties prenantes ont déclaré que, bien que les informations sanitaires des hôpitaux étaient habituellement collectées sur une base mensuelle, il y avait des retards dans l'agrégation et la déclaration de ces données aux niveaux supérieurs. Dans certains districts, cette information ne pouvait être obtenue dans les hôpitaux que pendant les visites de surveillance et de supervision. Il y avait également des ressources humaines limitées pour rassembler et transmettre les données à différents niveaux.

Les informateurs ont en outre noté que l'information sur la santé oculaire n'était pas intégrée à l'ensemble minimal des indicateurs dans les districts où il n'y avait pas d'unité oculaire.

Les parties prenantes au niveau national ont également noté des problèmes de régularité dans la collecte de données et leur mise à jour. Par exemple, un haut fonctionnaire du Département National de la Santé Oculaire a estimé que certaines unités de soins oculaires étaient moins engagées dans la rédaction des rapports annuels et que leurs données n'étaient reçues par le Ministère de la Santé Publique qu'en septembre de l'année suivante.

De plus, les hôpitaux du secteur privé ne partagent pas leurs données régulièrement. Les participants à l'étude ont estimé que, pour recevoir une mise à jour régulière du secteur privé, le superviseur médical du district devait être activement engagé.

Un informateur d'une organisation impliquée dans les programmes de traitement des MTN a noté que les rapports étaient souvent limités aux données financières avec peu d'informations sur les aspects techniques des programmes.

## Conclusion

L'étude a examiné le système de santé oculaire au Sénégal et a exploré son niveau d'intégration dans le système de santé général. L'étude a révélé un degré significatif de synergie et d'interrelation entre les deux systèmes.

La santé oculaire est régie par des politiques, des règlements et des normes qui sont appliquées dans le système de santé général. Il existe un Programme national de promotion de la santé oculaire au sein du Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale.

La santé oculaire bénéficie de différentes sources de financement. L'assurance maladie obligatoire couvre la santé oculaire. Les services de soins oculaires sont présents à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

La politique de ressources humaines et le plan de développement des ressources humaines incluent les agents de la santé oculaire. De même, le logiciel de gestion du personnel de santé prend en compte les agents de santé oculaire. Il y a des institutions de formation en santé oculaire dans le pays et la formation continue du personnel de santé oculaire est soutenue par le gouvernement.

Au total, 27 médicaments et produits de santé oculaire sont intégrés à la Liste nationale des médicaments essentiels et les directives cliniques et les informations pour chaque médicament sont disponibles chez tous les prestataires de soins. Les informations sur la santé oculaire sont collectées à différents niveaux et intégrées au système d'information général.

Cependant, l'étude a également identifié un certain nombre de faiblesses et d'opportunités de renforcement du système de santé oculaire. L'étude a également identifié un certain nombre de forces et de faiblesses qui sont résumées ci-dessous en suivant le cadre des blocs de construction du système de santé de l'OMS :

### Systeme de santé général

#### Forces

- Les dépenses pour la santé au Sénégal ont augmenté de manière considérable ces dernières années, passant de 245 milliards FCFA en 2005 à 431 milliards FCFA en 2013 (soit environ 5% du PIB), soit une augmentation de près de 76%;
- Le Sénégal a une Politique nationale de santé, le « Plan national de développement sanitaire du Sénégal » 2009-2018, qui stipule le droit à la santé pour tous les citoyens, y compris les personnes handicapées et les personnes âgées;
- Il existe différents types de fournisseurs de soins de santé. On distingue les formations sanitaires publiques, les formations sanitaires privées et les formations sanitaires des forces armées. Le système de santé sénégalais a la forme d'une pyramide qui comprend : un niveau central, un niveau intermédiaire (représenté par les 14 régions médicales) et un niveau périphérique (constitué de 76 districts de santé) avec des établissements de santé fonctionnels à tous les niveaux;

- Il existe plusieurs sources de financement de la santé, y compris le gouvernement national, les autorités locales, les donateurs internationaux, l'assurance maladie et les co-paiements directs par les bénéficiaires;
- Il existe deux régimes d'assurance-maladie : un régime d'assurance obligatoire offert par l'employeur qui profite aux employés du gouvernement et du secteur privé, et le régime d'assurance maladie à base communautaire (mutuelles de santé) créé pour fournir des subventions financières aux travailleurs du secteur informel et aux résidents des régions rurales. Le Gouvernement a mis récemment sur pied une Agence de la couverture maladie universelle qui offre un paquet standard de soins conformément à la Stratégie nationale pour la couverture universelle de la santé;
- Les régimes d'assurance maladie obligatoire couvrent 35% de la population (fonctionnaires) en 2014. L'adoption de l'assurance maladie communautaire a considérablement augmenté avec 32% de la population cible atteinte en 2014;
- Le gouvernement a mis en place des programmes qui prévoient des subventions et des exonérations pour des services spécifiques aux groupes indigents. Il prend également en compte le « Plan sésame pour les séniors » et l'accès aux soins de santé gratuits pour les enfants de moins de cinq ans;
- Le Plan national de développement sanitaire 2009-2018 reconnaît la pénurie du personnel sanitaire et son inégale répartition, et appelle à accroître les capacités de formation au niveau national et à promouvoir des initiatives à la rétention du personnel;
- Il existe un Comité national pour l'élaboration, la révision des listes de médicaments essentiels et de produits médicaux relevant du Ministère de la Santé. Ce comité est responsable de la réglementation de tous les produits pharmaceutiques achetés par les grossistes publics et privés dans le pays;
- La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) est un service gouvernemental responsable de l'achat des produits pharmaceutiques inclus dans la liste nationale des médicaments essentiels ; elle coordonne toutes les activités liées aux médicaments et réactifs dans les établissements de santé.

### Faiblesses

- Le budget consacré à la santé est encore faible : il se situe à 8% du budget national alors que les engagements des Chefs d'État africains à Abuja en 2001 sont de le porter à 15%;
- Les dépenses directes des ménages continuent d'être élevées (77,4%) en 2014, ce qui représente un fardeau important, alors que 46,7% de la population sénégalaise vit en dessous du seuil de pauvreté;
- Le Sénégal fait face à une pénurie critique en professionnels de la santé, avec une densité de travailleurs en santé estimée à moins de 4 pour 10000 habitants pour les

infirmiers/infirmières et les sages-femmes, et moins de 1 pour 10000 habitants pour les médecins. Ceci est bien inférieur au niveau recommandé par l'OMS qui est de 23 professionnels de la santé pour 10000 habitants;

- Le ratio des lits d'hôpitaux par patient est faible. À environ 0,3 pour 1000 habitants, ce chiffre est encore plus faible dans de nombreux hôpitaux régionaux et sous régionaux;
- Un problème important subsiste, celui de l'inégale répartition géographique des infrastructures sanitaires et du personnel de santé. Au total, 70% des médecins spécialistes et 39% des médecins généralistes sont basés dans la capitale servant seulement 24% de la population;
- La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement ne peut couvrir qu'environ 15% du marché du médicament au Sénégal, ce qui a des répercussions sur la livraison de médicaments dans les établissements publics.

## **Gouvernance de la santé oculaire**

### **Forces**

- Il existe un Programme national de promotion de la santé oculaire au sein du Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale. Il a comme responsabilité : la planification, la supervision et le suivi des activités de santé oculaire dans le pays. Le département de santé oculaire applique les normes et les règlements établis par le Ministère de la Santé;
- De nombreuses activités identifiées dans le Plan stratégique pour la prévention de la cécité évitable pour la période 2006-2010 ont été mises en œuvre avec succès avec le soutien des donateurs/partenaires internationaux;
- Il existe un plan des Maladies Tropicales Négligées (MTN) pour la période 2016-2020, qui couvre dix MTN endémiques, y compris le trachome et l'onchocercose. Deux plans stratégiques antérieurs pour les périodes 2007-2011 et 2011-2015 ont été mis en œuvre avec succès.

### **Faiblesses**

- Actuellement, il n'y a pas de plan de prévention de la cécité évitable. Le plan précédent n'a pas été renouvelé depuis 2010. Toutefois, des plans locaux de santé oculaire sont mis en œuvre;
- Les OPH ne sont pas impliquées dans la planification stratégique et la prise de décision sur la santé oculaire. Ceci est dû à l'absence de cadre institutionnel qui pourrait faciliter leur participation. Les OPH ont une expertise limitée réduisant ainsi leur capacité à fournir un feedback exact sur les politiques gouvernementales et les documents techniques;

- Le nombre de partenaires (bailleurs de fonds et ONG) soutenant la santé oculaire a diminué ces dernières années. Au moment de l'étude, il n'y avait que deux ONG majeures qui soutenaient la santé oculaire, Sightsavers et RTI International;
- Plusieurs comités locaux Vision 2020 ne sont pas fonctionnels et le comité Vision 2020 au niveau national n'a pas d'objectifs clairs.

## Financement de la santé oculaire

### Forces

- Il existe différentes sources de financement pour la santé oculaire, y compris les allocations gouvernementales, le soutien international à travers des donateurs, l'assurance maladie et les co-paiements des frais de soins par les ménages;
- Il existe des dispositions pour la santé oculaire dans le budget général de la santé au niveau national, cependant cette disposition est moins évidente au niveau régional;
- Une nouvelle politique de décentralisation a été proposée, pouvant créer des opportunités pour la séparation des lignes budgétaires de la santé oculaire au niveau du district et des Formations Sanitaires (FS);
- L'assurance-maladie communautaire (mutuelle de santé) couvre un tiers des coûts de la chirurgie de la cataracte dans les FS publique situées à l'extérieur de la capitale;
- Il existe un système d'exonération des frais pour des populations indigentes, y compris les personnes âgées et les personnes handicapées.

### Faiblesses

- Les allocations gouvernementales pour la santé oculaire sont très limitées et sont restées inchangées pendant de nombreuses années. Ces dernières années, ces allocations ont été réduites;
- Les ressources allouées à la santé oculaire sont incluses dans le budget général de gestion sanitaire. Il est par conséquent difficile de faire une distinction avec les autres dépenses de soins de santé;
- On rapporte des retards dans la libération de fonds de dotation du niveau régional aux districts et aux FS;
- Dans certaines régions; il n'y a pas de transparence sur les allocations financières octroyées par les donateurs internationaux et les ONG internationales qui soutiennent la santé oculaire;
- Les frais dépensés par les patients pour avoir accès aux soins de santé oculaire sont très importants, constituant un fardeau pour les ménages et un risque accru des inégalités en matière de santé.

## Prestation de services de santé oculaire

### Forces

- Il existe 60 unités et services de soins oculaires. Des unités de soins oculaires sont disponibles dans toutes les régions du Sénégal;
- Les unités et services de soins oculaires fournissent diverses prestations, incluant les consultations oculaires, des chirurgies de la cataracte, des programmes de sensibilisation, des traitements, des chirurgies du trachome et des campagnes de promotion de la santé;
- La plupart des activités de santé oculaire sont fournies dans le cadre du Programme national de santé oculaire et à travers des unités de santé oculaire non parallèles et n'appartenant à aucun programme autonome;
- Il existe un grand nombre de consultations oculaires effectuées annuellement (155 033 en 2015);
- Le taux de chirurgie de la cataracte a augmenté au cours des cinq dernières années, passant de 843 chirurgies par million d'habitants en 2010, à 967 par million d'habitants en 2015;
- Les hôpitaux dotés d'unités oculaires à l'extérieur de la capitale disposent de 2 à 3 lits d'hôpitaux réservés aux patients hospitalisés venant de villages éloignés pour les chirurgies de la cataracte;
- Le nombre de chirurgies du trichiasis a augmenté au cours des cinq dernières années, avec 3 463 interventions chirurgicales en 2014. Le nombre de traitements azithromycine a augmenté considérablement, passant de 76 6087 en 2012 à 1 831 387 en 2015.

### Faiblesses

- Le taux de chirurgie de la cataracte au niveau national a stagné ces dernières années et ne représente que la moitié du niveau recommandé par l'OMS (qui est de 2000 chirurgies par million d'habitants);
- La couverture chirurgicale de la cataracte (CCC) est estimée selon les experts de l'OMS entre 10-25% des besoins de la population ; les données disponibles pour faire des estimations précises de la CCC sont limitées;
- La demande de chirurgie de la cataracte dépasse l'offre. Les unités de soins oculaires disponibles sont sous une pression importante avec de longs délais d'attente pour la chirurgie de la cataracte;
- La productivité des ophtalmologistes/chirurgiens de la cataracte existants est faible, avec un taux de 150 chirurgies par chirurgien par an. Cette productivité est très faible

par rapport aux niveaux recommandés de 500 chirurgies par chirurgien ; ces données sont probablement incomplètes car les prestataires privés ne rapportent pas souvent le nombre de chirurgies qu'ils effectuent.

## Ressources humaines pour la santé oculaire

### Forces

- Il existe un plan national de développement des ressources humaines pour la santé oculaire. Ce plan sera prochainement intégré au plan national des ressources humaines pour la santé;
- Le logiciel en libre téléchargement pour la gestion des ressources humaines en santé (SiIRH) est utilisé pour suivre et gérer les ressources humaines en santé, y compris le personnel de la santé oculaire;
- Le ministère de la Santé est responsable du recrutement et du paiement des salaires des employés du personnel de la santé oculaire, de même que tous les autres agents de santé du pays;
- Le Sénégal répond aux normes de couverture préconisée par l'OMS en termes de ratio d'ophtalmologue par habitants (1/250 000 pour l'OMS), mais il existe des disparités régionales en termes de distribution des ophtalmologues;
- Il existe deux institutions pour la formation des travailleurs de la santé oculaire au Sénégal : l'Université Cheikh Anta Diop (UCAD) responsable de la formation des ophtalmologistes et de l'École Nationale de Développement Sanitaire et Social (ENDSS), qui forme des techniciens supérieurs (infirmiers ophtalmologistes);
- Le Programme national de santé oculaire à travers les partenaires soutient la formation continue dans le secteur de la santé oculaire au niveau des spécialités (chirurgiens de la cataracte) et des soins primaires;
- La supervision clinique pour la santé oculaire est intégrée dans le système de supervision générale avec un ophtalmologue faisant partie de l'équipe de supervision.

### Faiblesses

- Bien qu'il existe un nombre relativement élevé d'ophtalmologistes au Sénégal, 45% d'entre eux travaillent dans le secteur privé. Il existe également des inégalités dans la répartition géographique des ophtalmologistes. Seulement 6 régions sur 14 disposent d'un ophtalmologue et 85% de tous les ophtalmologistes sont basés à Dakar;

- Les optométristes ne sont pas reconnus comme cadres de la santé oculaire au Sénégal ; les chirurgiens de la cataracte ont une reconnaissance limitée car aucune politique ne reconnaît les chirurgiens de la cataracte;
- Le ratio de performance chirurgicale par chirurgien disponible [ophtalmologistes et chirurgiens de la cataracte) est bien inférieur à la cible PAG (150 chirurgies par chirurgien contre 500 chirurgies par chirurgien recommandées);
- Les institutions disponibles pour la formation du personnel des soins oculaires fonctionnent de manière autonome et ne répondent pas toujours aux besoins du système de santé oculaire.

## **Produits et technologies médicales pour la santé oculaire**

### **Forces**

- La Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) est disponible et régulièrement mise à jour; il y a des sessions régulières mise en place par la Direction de la Pharmacie et du Médicament, la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement, les fournisseurs de soins de santé et les utilisateurs afin de donner la priorité aux médicaments à inclure dans la (LNME);
- Les médicaments pour la santé oculaire sont inclus dans la LNME. Au moment de l'étude, 27 médicaments étaient enregistrés sur la liste;
- Des directives cliniques, y compris des informations sur les médicaments pour la santé oculaire, sont disponibles pour les prestataires de soins de santé.

### **Faiblesses**

- La PNA n'informe pas sur la disponibilité des produits ophtalmologiques;
- Une grande partie des médicaments pour la santé, en particulier ceux des programmes de MTN, font l'objet de dotation par les partenaires;
- Il n'y a aucune information sur la proportion de médicaments achetés à travers les différentes sources de financement, y compris les dépenses directes des bénéficiaires, l'assurance maladie et les budgets gouvernementaux;
- Dans les FS publiques, il n'y a pas de délai pour l'achat des médicaments destinés à la santé oculaire. L'achat de produits pour la santé oculaire se fait sur une base « ad hoc », au besoin.

## **Système d'information de la santé oculaire**

### **Forces**

- Le Programme National de Promotion de la Santé Oculaire a mis en place un certain nombre d'initiatives afin d'apporter des informations sur la santé oculaire. De même

plusieurs initiatives soutenues par les ONGi plaident pour l'intégration des informations sur la santé oculaire dans le système général d'information sanitaire à différents niveaux;

- Il existe un important soutien des donateurs pour le Système Général d'Information Sanitaire et la mise en œuvre d'un nouvel outil de Système d'Information Sanitaire appelé DHIS2. L'outil permettra l'intégration et la coordination des informations sur la santé oculaire collectées à partir de différentes sources;
- L'information sur la santé oculaire, y compris les consultations sur la santé oculaire, les chirurgies de la cataracte et les traitements contre les MTN, sont recueillies et rapportées du niveau local au niveau supérieur du système de santé.

### **Faiblesses**

- Il existe un nombre limité d'indicateurs sur la santé oculaire intégrés au Système d'Information Sanitaire général;
- Il y a des retards dans la collecte et la rédaction des rapports sur la santé oculaire dans les formations sanitaires aux niveaux régional et national;
- Les ressources humaines pour collecter et gérer les données à différents niveaux sont limitées;
- Le secteur privé ne partage pas ses informations et ses performances régulièrement, sa contribution aux activités de santé oculaire est souvent inconnue. Et même quelques structures publiques accusent du retard dans la transmission des informations sur la santé oculaire.

## Références

1. World Health Organization [WHO]. Constitution of the World Health Organization. WHO Geneva; 1946.
2. United Nations Human Rights. Access to justice for women and girls – some case examples. United States: United Nations, 2013 0035-9203.
3. World Health Organization [WHO]. Universal Eye Health: a global action plan 2014 - 2019. Geneva, Switzerland WHO; 2013.
4. International Agency for Prevention of Blindness. Vision Atlas report. IAPB, 2017.
5. Kimani K, Lindfield R, Senyonjo L, Mwaniki A, Schmidt E. Prevalence and causes of ocular morbidity in Mbeere District, Kenya. Results of a population-based survey. PloS one. 2013;8(8):e70009.
6. Ukponmwan C. Pattern of ocular morbidity in Nigeria. Asian Pacific Journal of Tropical Disease. 2013;3(2):164-6.
7. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Programme National de Lutte Contre la Cécité: Plan Stratégique 2006 - 2010. Sénégal2006.
8. United Nations. Mali: Information based on the Report of the Secretary-General to the Security Council (S/2014/181). UN, 2014.
9. Population Media Centre. PMC's Drama in Mali Tackles the Myths and Stigma About Disability. PMC/United States, 2009.
10. du Toit R, Faal HB, Etya'ale D, Wiafe B, Mason I, Graham R, et al. Evidence for integrating eye health into primary health care in Africa: a health systems strengthening approach. BMC health services research. 2013;13:102.
11. USAID. The Health System Assessment Approach: A How-To Manual. Version 2.0. 2012.
12. International Centre for Eye Health. African Vision Research Initiative, Mapping Human Resources for Eye Health in Sub-Saharan Africa: Progress towards VISION 2020, in Country Fact Sheets. International Centre for Eye Health 2011.
13. Sightsavers. Eye Health Strategy 2013 – 2018. Sightsavers, 2013.
14. Blanchet K, Gilbert C, Lindfield R, Crook S. Eye Health Systems Assessment (EHSA): How to connect eye care with the general health system. International Centre for Eye Health and London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2012.
15. Potter A, Debrah O, Ashun J, Blanchet K. Eye Health Systems Assessment (EHSA): Ghana Country Report,. Ghana Health Service, International Centre for Eye Health, Sightsavers 2013.
16. Potter A, Vandy M, Smart N, Blanchet K. Eye Health Systems Assessment (EHSA): Sierra Leone Country Report. Ministry of Health and Sanitation, International Centre for Eye Health, Sightsavers, 2013.
17. World Bank. World Development Indicators: Senegal 2016 [2017 Sepetember ]. Available from: <http://data.worldbank.org/country/senegal>.
18. World Health Organization. Global Health Observatory, WHO data: Senegal statistical profile Geneva, Switzerland WHO; 2015 [cited 2015]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGDPSHA2011?lang=en>.
19. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Sénégal, ICF International. Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2014). Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF International, 2015.
20. ANSD. Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE 2013). 2014 Septembre 2014. Report No.
21. ANSD. Situation Economique et Sociale du Sénégal en 2014 Dakar, Sénégal: 2017.
22. DOMO Y, LEZEAU J-P, Meunier D, REA A-C, Rogez A, SAVADOGO A, et al. Professionalization of the health product supply chain in West Africa Bioforce Development Institute, 2012.

23. Ministère de la santé et de l'action sociale. Plan Stratégique de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées 2016 - 2020. Sénégal2015.
24. Ministère de la santé et de l'Action Sociale. Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle. Sénégal2017.
25. USForex. Yearly Average Rates 2016 [cited 2016 August 29, ]. Available from: <http://www.usforex.com/forex-tools/historical-rate-tools/yearly-average-rates>.
26. Ministère de la santé du Senegal. Proportion of annual budgets allocated to health financing by the Ministry of Health Senegal Ministère de la sante du Senegal, DAGE/MSAS; 2015.
27. Justin T, Faye S, Nakhimovsky S, Hatt L. Universal Health Coverage Measurement in a Lower-Middle-Income Context: A Senegalese Case Study. Bethesda. Bethesda, Maryland: USAID and Health Finance & Governance, 2014 April 2014. Report No.
28. World Bank. World Development Indicators: Health systems 2014. Available from: <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>.
29. Zurn P, Codjia L, Sall FL, Braichet J-M. How to recruit and retain health workers in underserved areas: the Senegalese experience. Bulletin of the World Health Organization. 2010;88(Past issues):386-9.
30. Bisson C, Teixeira H, Matemba M. Human Resources for Health Country Commitments: Case Studies of Progress in Three Countries: Malawi, Senegal, and Uganda Health Workforce Advocacy Initiative, 2014.
31. Oye J. Report of RAAB survey in Fatick and Kaolack Region Senegal: Sightsavers/RAAB repository 2012 [cited 2016 May 1]. Available from: <http://www.raabdata.info/repository/>.
32. Odusote K, Hagan M. Reducing poverty through improved eye health in the health for peace initiative in the Gambia, Senegal and Guinea Bissau. Report of the mid-term review, June 2011. Senegal Sightsavers/Post HFPI; 2011.
33. Programme National Sante Oculaire du Senegal. Donor mapping and coordination 2016
34. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Soins oculaires au Sénégal. Sénégal2015.

## Appendices

**Tableau 14: Annexe 1 Phases et chronogramme de l'EHSA**

	Activité clé et date	Activités spécifiques
Juillet, Juin- 2015	1 <sup>ère</sup> réunion, 13–17 Juillet 2015	Développement du protocole du SESO Identification d'un chef d'équipe dans l'ensemble de l'équipe d'évaluation
	Elaboration du Système d'Evaluation de la Santé Oculaire	Se mettre d'accord sur l'échéancier et les dates de l'évaluation Soumission du protocole au comité d'éthique Planifier et mener une réunion de planification d'équipe Comprendre le processus du SESO
Aout – Octobre, 2015	2 <sup>ème</sup> réunion 26 – 30 Octobre, 2016	Rôles et attentes des équipes lors de la collecte, de l'analyse et la rédaction des rapports
	Collecte de la liste de contacts	Calendrier et logistique pour le travail de terrain lors de l'évaluation Suivi de l'approbation éthique Engager les intervenants dans le processus SESO Revue documentaire du système de santé et du système de santé oculaire Préparer la liste de vérification logistique, le calendrier des visites sur le terrain et le budget d'évaluation Elaborer des indicateurs spécifiques pour chaque fonction du système de santé oculaire afin de mieux diriger la collecte de données Comprendre le processus SESO
Novembre – Décembre	3 <sup>ème</sup> réunion d'équipe, 16 – 17 Novembre	Comprendre le processus du SESO Former les membres de l'équipe à la collecte de données
	Lundi, 16 Novembre 2016	
	Mardi 17 Novembre 2016	Adaptation des questions et jeux de rôle avec des questions adaptées en langue française Impression de questionnaires
	Mercredi 18 Novembre 2016	Collecte de données dans la région de Kaolack Débriefing pour convenir d'un résumé préliminaire
	Jeudi 19 Novembre 2016	Collecte de données dans le district de Niore Débriefing pour convenir d'un résumé préliminaire
	Vendredi 20 Novembre 2016	Collecte de données dans le district de Guinguindo Débriefing pour convenir d'un résumé préliminaire
	Samedi 21 Novembre 2016	Réunion de débriefing avec les membres de l'équipe afin de déterminer la finalisation de la collecte de données dans la région de Kaolack
	Dimanche 22 Novembre 2016	Déplacement de l'équipe dans la région de Louga
	Lundi 23 Novembre 2016	Collecte de données dans la région de Louga Débriefing pour convenir d'un résumé préliminaire
	Mardi 24 Novembre 2016	Collecte de données dans la région de Louga Débriefing pour convenir d'un résumé préliminaire
	Mercredi 25 Novembre 2016	Collecte de données dans le district de Sakal et la région de Louga Débriefing pour convenir d'un résumé préliminaire
	Jeudi 26 Novembre 2016	Collecte de données dans le district de Coki et le district de keberne Débriefing pour convenir d'un résumé préliminaire
	Vendredi 27 Novembre 2016	Débriefing et voyage à Dakar Lacunes dans la collecte des données identifiées et suivies
	Lundi 30 Novembre 2016	Suite de la collecte de données à Dakar
	Mardi 1 Décembre 2015	Collecte de données à Dakar
	Mercredi 2 Décembre 2015	Collecte de données à Dakar Débriefing pour convenir d'un résumé préliminaire
Jeudi 3 Décembre 2015	Collecte de données à Dakar	

	4 – 31 Décembre 2015	Toutes les lacunes dans les entretiens approfondis et l'examen des documents ont été suivies
Janvier 2016 – Mars, 2018	Janvier – Février 2016	Transcription et traduction d'entretiens approfondis
	Janvier – Mars 2016	Le cadre d'analyse a été développé pour identifier les thématiques et les codes
	Avril – May 2016	Rédaction du rapport
	Novembre 2017 – Mars 2018	Comblent les lacunes dans la collecte de données et lors du monitoring
		Comblent les lacunes dans les données et renforcer le rapport
		Atelier de validation des résultats
	Mars – Juillet 2018	Finalisation du rapport
	Mars - Décembre 2018	Atelier de rétroaction et planification stratégique des parties prenantes.

**Tableau 15: Annexe 2 Liste des entretiens menés et sites visités**

Nom	Titre (rôle)	Organisation	Contact
<b>NATIONAL</b>			
Dr. Boubacar Sarr	Coordonnateur National de la santé Oculaire	Ministère de la Santé	<a href="mailto:bouk8sarr@yahoo.fr">bouk8sarr@yahoo.fr</a> +221775507773
Dr. Siaka	Suivi et évaluation	Ministère de la Santé et de la Prévention	
Dr. Adoulaye Diaw	Systèmes d'information sanitaire	Ministère de la Santé et de la Prévention	<a href="mailto:lajejaw@yahoo.fr">lajejaw@yahoo.fr</a>
	Finance de santé	Ministère de la Santé	
	Directeur des ressources humaines	Ministère de la Santé et de la Prévention	
	Chef Pharmacien & Co	Ministère de la Santé	
Aboubakrine Thiam	Directeur Pays	Hellen Keller	+221778341504
Salimata Boucoum	Senior Programme Manager	Sightsavers	<a href="mailto:sbocoum@sightsavers.org">sbocoum@sightsavers.org</a> +221338694538
Bassirou Fall	Directeur	Association des aveugles	
Yatma Fall	Président	Association des aveugles	
	Membre	Association des aveugles	
	Membre	Association des aveugles	
	Membre	Association des aveugles	
	Membre	Association des aveugles	
	Membre	Association des aveugles	
	Membre	Association des aveugles	
	Membre	Association des aveugles	
<b>REGION A : KAOLACK – MINISTERE REGIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA PREVENTION</b>			
Maurice DASSILVA	Médecin régional	Ministère régional de la santé publique et de la prévention	+22177 659 56 33 <a href="mailto:mdassilva7@gmail.com">mdassilva7@gmail.com</a>

Nom	Titre (rôle)	Organisation	Contact
Dr MBOUP	Responsable Financier Régional	Ministère régional de la santé publique et de la prévention	+22177 634 01 76 +22133 941 15 39 <a href="mailto:bmboup@yahoo.fr">bmboup@yahoo.fr</a>
Seynabou Dieng KEBE	Secrétaire de Direction Hôpital Régional	Ministère régional de la santé publique et de la prévention	+22133 938 41 44 +22177 645 06 59 <a href="mailto:naboudiengk@gmail.com">naboudiengk@gmail.com</a>
Ibrahima DIEDHIOU	Chef Adjoint service de l'Hôpital Régional	Hôpital Régional	+22177 697 99 26 <a href="mailto:idiakoye@yahoo.fr">idiakoye@yahoo.fr</a>
Nabou DIENG KEBE	Secrétaire		+22177 645 06 59 +22133 938 41 44 <a href="mailto:naboudiengk@gmail.com">naboudiengk@gmail.com</a>
	Personnel des Finances	Hôpital Régional	
	Information Sanitaire	Hôpital Régional	
	Ressource Humaine	Hôpital Régional	
<b>DISTRICT DE SANTE DE NIORO</b>			
Dr. DOUCOURE	Médecin chef du District	District de santé	+22177640 59 70 <a href="mailto:drdoucoure@yahoo.fr">drdoucoure@yahoo.fr</a>
Malamine SANE		District de santé	+22177 646 83 71 <a href="mailto:sanemalamine@hotmail.fr">sanemalamine@hotmail.fr</a>
Abdoulaye DIONE	EPS (éducation pour la sante)		+22177 646 83 71 <a href="mailto:sanemalamine@hotmail.fr">sanemalamine@hotmail.fr</a>
Mountakha NDIAYE	Technicien Ophtalmologiste	District de santé	+22177 527 91 04 <a href="mailto:mountakha@yahoo.fr">mountakha@yahoo.fr</a>
Mouhamed KEBE	TSO (assistant ophtalmique)	District de santé	+22177 527 01 51 <a href="mailto:Mahamaminta@yahoo.fr">Mahamaminta@yahoo.fr</a>
Awa BA	Technicienne de surface	District de santé	+22176 590 06 27
Oumy DANG	Secrétaire service ophtalmologie	District de santé	+22177 906 14 37
<b>DISTRICT DE SANTE DE GUINGUINEO</b>			
Dr Assane NDIAYE	Médecin chef du District	District de santé	+22177 652 09 26 <a href="mailto:ndiaveassane1@yahoo.fr">ndiaveassane1@yahoo.fr</a>
Ibrahima DIALLO	Médecin Chef Adjoint	District de santé	+221 77 617 59 93
Adama AW	Infirmier, point focal sante oculaire	District de santé	+221 77 411 41 17
<b>REGION B : REGION MEDICALE DE LOUGA</b>			
Medicin Lt. Colonel Mame Demba SY	Médecin régional	Ministère régional de la santé publique et de la prévention	+22177 534 76 72 <a href="mailto:mamedemba@gmail.com">mamedemba@gmail.com</a>
Ndeye Fatou NDOUR	Secrétaire	Ministère régional de la santé publique et de la prévention	+22177 719 10 35 +22133 967 12 17 <a href="mailto:toufandour@live.fr">toufandour@live.fr</a> <a href="mailto:regionmedicalelouga@gmail.com">regionmedicalelouga@gmail.com</a>
Bader DIAW	Comptable	Ministère régional de la santé publique et de la prévention	+22177 646 88 51 <a href="mailto:baderdiaw@hotmail.fr">baderdiaw@hotmail.fr</a>
Papa Malick KANE	Responsable bureau régional de l'éducation et de l'information pour la santé	Ministère régional de la santé publique et de la prévention	+221 77 649 40 91 <a href="mailto:kanamalick@yahoo.fr">kanamalick@yahoo.fr</a>
Mr. Alioune NDOUR,	Superviseur des soins de santé primaire	Région médicale	
<b>CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LOUGA AMADOU SAKHIR MBAYE</b>			
Dr Makhtar LO	Directeur de l'Hôpital	Hôpital régional	77 649 00 88 <a href="mailto:chrasmlouga@gmail.com">chrasmlouga@gmail.com</a>
Mame Fama SARR	Secrétaire	Hôpital régional	+221 77 640 26 74
Dame FAYE	Chef de service administratif et financier	Hôpital régional	77 558 80 20 <a href="mailto:dffaye56@yahoo.fr">dffaye56@yahoo.fr</a>
Dr Demba THIOUB	Ophtalmologiste (chef de service)	Hôpital régional	+22177 636 99 92

Nom	Titre (rôle)	Organisation	Contact
Demba Thioubou	Chirurgien de la cataracte	Hôpital régional	+221776369992 or +221774741683 dembathioubou64@yahoo.fr
Alphou Seyni CISSE	Technicien ophtalmologiste	Hôpital régional	+22177 320 84 15 ousseynoucisse31@yahoo.fr
Mrs. Coumba BA, Mrs. Dieng	Gestionnaire de données	Hôpital régional	
Mrs. Khady Ndiaye Mbaye	Chef du département infirmier	Hôpital régional	
<b>DISTRICT SANITAIRE DE SAKAL</b>			
Dr. Paullette Suzanne	Médecin chef de District	District de santé	suz2703@yahoo.fr +221 774247342
Mr. El Hadji Mouhamadou Diaw,	Superviseur de la santé oculaire	District de santé	
Ndiaga CISS	Dépositaire	District de santé	+221 77 507 22 78 ciss.ndiaga@yahoo.fr
<b>DISTRICT SANITAIRE DE KOKI</b>			
El Hadji Malick DIOUF	Médecin chef de District	District de santé	+221 77 419 12 69 Elhadjimalickdiouf20@yahoo .fr
Dr Arona DIENE	Médecin chef adjoint	District de santé	+221 77 364 66 15 a-rona17@hotmail.com
Mamadou SALL	Gestionnaire/Finance	District de santé	+221 77 763 70 32

**Tableau 16: Annexe 3 membres de l'équipe de terrain**

<b>Organisation</b>	<b>Equipe et rôle</b>
<b>Coordonnateur national de la santé oculaire, Ministère de la Santé, Sénégal</b>	Rencontrer les rencontres d'équipe au pays
<b>Département de sociologie, Recherche sur la gouvernance du système de santé, Université Cheikh Anta Diop</b>	Membre de l'équipe (Equipe de planification et processus éthique)
<b>Ophtalmologue Région de Kaolack - Nioro du RIP</b>	Membre de l'équipe (Equipe de planification et collecte de données)
<b>Ophtalmologue, Région de Louga</b>	Membre de l'équipe (Equipe de planification et collecte de données)
<b>Directeur du pays, Sightsavers I, Sénégal</b>	Membre de l'équipe (Programme et suivi des entretiens dans le pays, traduction, transcription et éthique)
<b>Conseiller régional de recherche, Sightsavers</b>	Membre de l'équipe (support technique, développement du protocole, collecte de données, analyse et rédaction de rapports)
<b>Assistant de recherche</b>	Membre de l'équipe (collecte de données)

## Annexe 4 : Formulaire de consentement du participant

### Formulaire de consentement

Nom du projet : Système d'Évaluation des Soins Oculaires (SESO) au Sénégal

Investigateur principale : Dr. Boubacar SARR, Directeur National du Programme de Santé Oculaire, Sénégal

Cocher la case s'il vous plaît

Je confirme avoir lu et compris la fiche d'information du participant. J'ai eu l'opportunité de considérer l'information, de poser des questions et d'obtenir des réponses.	<input type="checkbox"/>
Je comprends que ma participation est volontaire et je suis libre de me retirer à tout moment, sans aucune raison, sans aucune peine, et sans que mon emploi ou les droits légaux ne soient affectés.	<input type="checkbox"/>
J'accepte de participer à l'étude ci-dessus.	<input type="checkbox"/>
J'accepte que l'interview puisse être enregistrée.	<input type="checkbox"/>
Je conviens que l'équipe de recherche peut utiliser des citations anonymes de mes entretiens dans le rapport final et dans toute autre production de cette recherche (si les citations individuelles sont identifiables, un consentement spécifique pour cela sera recherché)	<input type="checkbox"/>

**Signature** :

.....

**Nom (en majuscule)** : .....

**Nom du poste et de l'organisation** : .....

**Date** : .....



**Tableau 17: Annexe 5 Répartition des infrastructures de soins oculaires par région et par niveau**

Région	Nom de la FS	Niveau <sup>5</sup>	Type de FS <sup>6</sup>	Ophtalmologistes		TSO	Chirurgiens de la Cataracte	Optométristes
				Pu	Pr			
DAKAR	Coordination PNSO	C	Pu	1		1	1	
	Hôpital le DANTEC	T	Pr.	6		5		
	Hôpital PRINCIPAL	T		5		2		
	Hôpital de Grand YOUFF	S		3		3		
	Hôpital Albert ROYER	P		2		2		
	Hôpital Abbas NDAO	T		6		10		
	Hôpital de PIKINE	S		2		3		
	Centre de BOPP	S		0		5		
	Centre BAOBAB	P		0		1		
	Centre médico-social IPRES	S		0		2		
	Centre de santé Roi Baudouin	S		0		2	1	
	Dispensaire UN Combattants	P		0		1		
	Unité de Soins de l'I..H..O..	P		1		2		
	Centre de Rufisque Youssou Mb	S		0		2	1	
	Centre de santé de Rufisque	S		0		2	1	
	Centre de Ouakam	S		0		2		
<b>Sub-total</b>		<b>15</b>		<b>29</b>	<b>22</b>	<b>45</b>	<b>4</b>	
THIES	Hôpital R. de THIES	S		0		3		
	Centre des aveugles M'bour	S		1		1		
	Hôpital St jean de Dieu (NC)	P		0		1		
	Centre de Santé de Thiès	S		0		2	1	
	Centre de Thiadiaye	S		0		1	1	
	Centre de Tivaouane	P		0		1		
	Centre de Popenguine	P		0		1		
	Centre de Joal-Fadiouth	P		0		1		
	<b>Sub-total</b>		<b>8</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>2</b>
SAINT LOUIS	CHR de Saint-LOUIS	S		1		3		
	Centre de santé de PODOR	P		0		1		
	<b>Sub-Total</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	
MATAM	Hôpital d'OUROSSOGUI	S		1		2		
	<b>Sub-total</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	
TAMBACO UNDA	Hôpital R. de Tambacounda	S		0		3	1	
	C. de santé BAKEL	S		0		1	1	
	C. de santé GOUDIRY	P		0		1		
	<b>Sub-total</b>		<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	
KEDOUGOU	C. de santé de KEDOUGOU	S		0		2	1	
	<b>Sub-total</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	
KAOLACK	Hôpital R. de KAOLAK	S		1		3		
	CS de Nioro	S		0		2	1	
	<b>Sub-Total</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
KAFFRINE	CS de Kaffrine	S		0		2	1	

<sup>5</sup> P = Niveau Primaire, S = Niveau Secondaire et T = Niveau Tertiaire

<sup>6</sup> Pu = FS publique, Pr. = FS privée

LOUGA	CS de Koungheul	S	0	1	1		
	<b>Sub-Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	
LOUGA	CHR. de Louga	S	0	3	1		
	CS de Louga	P	0	1			
	CS de Kébémér	P	0	1			
	CS de DarouMousty	S	0	1	1		
	CS de Linguère	S	0	1	1		
	CS de Dahra	P	0	1			
	<b>Sub-Total</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
ZIGUINCHOR							
ZIGUINCHOR	Hôpital R. de Ziguinchor	S	1	3			
	Centre de santé de Bignona	S	0	2	1		
	Centre de santé de Oussouye	S	0	1	1		
	CS de Diouloulou	P	0	1			
	CS de ThionckEssyl	P	0	1			
	<b>Sub-total</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
DIOURBEL							
DIOURBEL	CHR de DIOURBEL	S	0	3	1		
	Hôpital de TOUBA	S	0	1			
	CS de Bambèye	S	0	1	1		
	<b>Sub-total</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	
Kolda							
Kolda	CHR. de Kolda	S	0	2	1		
	Centre de santé de Kolda	P	0	1			
	Centre de santé de Vélingara	P	0	2	1		
	CS Medina Gounaa	P	0	1			
	<b>Sub-total</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	
SEDHIOU							
SEDHIOU	Centre de santé de Sédhiou	P	0	2	1		
	CS de Goudomp	S	0	1	1		
	<b>Sub-total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	
FATICK							
FATICK	CS de Diofior	P	0	1			
	CS de Fatick	S	0	1	1		
	CS de Gossas	S	0	1	1		
	CS de Sokone	S	0	1	1		
	CS de Foudiougne	P	0	1			
	<b>Sub-total</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	
Unemployed			2	3			
	<b>59</b>		<b>34</b>	<b>26</b>	<b>112</b>	<b>26</b>	<b>3</b>
			(+2)		(+2)		

Source : Coordonnateur national de la santé oculaire, Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale

**Tableau 18: Proposition du Comité pour la prévention de la cécité, 2006 – 2010**

<b>Niveau</b>	<b>Membres du Comité</b>
<b>National</b>	Directeur général de la santé, Président
	Superviseur et coordinateur au secrétariat général
	Chef du département des maladies transmissibles
	Chef du département de l'alimentation et de la nutrition
	Chef, département de la vaccination et de la surveillance épidémiologique
	Chef du département Éducation à la santé
	Chef du Département de l'hygiène publique
	Epidémiologiste au Ministère de la santé publique et de l'hygiène
	Représentant de la Direction des ressources humaines
	Représentant du département d'administration général
	Représentant de l'approvisionnement nationale de pharmacie
	Deux (2) représentants du comité régional pour la prévention de la cécité
	Deux chefs du département de la santé des yeux dans des hôpitaux régionaux
	Trois médecins du niveau régional
	Représentant du département de la santé des yeux dans les hôpitaux privés
	Représentant des ophtalmologues du secteur privé
	Représentant de l'Organisation des Personnes Handicapées (personnes handicapées et aveugles)
Représentant des ministères suivants : Action sociale, Hydraulique, Communication et Éducation	
Représentant des donateurs multilatéraux et bilatéraux comme UNICEF, OMS, Union européenne, USAID et diverses ONGi	
<b>Comité Technique</b>	Conseiller technique auprès du Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale
	Chef du département des maladies transmissibles
	Coordonnateur national de la santé des yeux
	Représentant des hôpitaux d'enseignement et des hôpitaux généraux
	Epidémiologiste du Ministère de la Santé publique et de l'Hygiène
	Représentant des ophtalmologues du secteur privé
	Représentant de l'ophtalmologue régional
<b>Régional</b>	Gouverneur de la région, président du comité
	Président du comité de santé à la commune de la région, vice-président
	Directeur régional de la santé, coordinateur
	Maire de la capitale régionale
	Ophtalmologiste régional, point focal pour la santé des yeux et secrétaire exécutif du comité
	Directeur de l'hôpital régional
	Superviseur des soins de santé primaires
	Chef du département régional d'hygiène
	Chef des enseignements supérieurs
	Représentants des ONG
	Responsable du développement communautaire
	Inspecteur régional des écoles

Source (7)

## Annexe 6 : Création du Programme national de la santé de l'œil

REPUBLIQUE DU SENEGAL  
Un Peuple – Un But – Une Foi

05.01.2011-000226  
N° \_\_\_\_\_ / MSP / DS / DLM / PRLC

MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE LA PREVENTION

Dakar, le \_\_\_\_\_

### **ANALYSE : Arrêté portant création du Programme National de Promotion de la Santé Oculaire.**

#### **LE MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION**

**Vu** la constitution ;

**Vu** le décret n° 2009 – 451 du 30 avril 2009 portant nomination du Premier Ministre ;

**Vu** le décret n°2004 – 1404 du 04 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention ;

**Vu** le décret n° 2010 – 1522 du 16 novembre 2010 portant réaménagement du Gouvernement ;

**Vu** le décret n°2010 – 925 du 08 juillet 2010 portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la présidence de la République, la Primature et les Ministères.

#### **ARRÊTE**

**Article premier :** il est créé, au sein du Ministère de la Santé et de la Prévention, un Programme National de Promotion de la Santé oculaire rattaché à la Direction de la Santé.

**Article 2 :** Le but du Programme est de développer toutes les stratégies de prévention et de lutte, pour assurer la promotion de la santé oculaire.

Plus spécifiquement, le programme a pour objectifs de :

- Faire prendre conscience à la population l'importance de l'intégrité de leur vue et de la nécessité de la protéger (information, sensibilisation)
- Eviter les déficients visuels qui s'ignorent à prendre conscience de leur état et à réagir à bon escient (dépistage, prévention)
- Prendre en charge correctement les malades (diagnostic, traitement)

**Article 3 :** Le Programme est dirigé par un Coordonnateur National qui sera un médecin ophtalmologiste nommé par arrêté du Ministre de la Santé et de la prévention.

**Article 4 :** le Coordonnateur est assisté d'une part par une équipe de professionnels de la santé composée d'un médecin ophtalmologiste et d'un médecin de santé publique, et d'autre part par une équipe administrative composée ainsi qu'il suit :

- Un assistant
- Un gestionnaire
- Un statisticien
- Une secrétaire
- Un chauffeur

Les membres de cette équipe sont nommés par le Directeur de la Santé sur proposition du Coordonnateur.  
Ces équipes peuvent être renforcées en fonction de l'évolution des activités du Programme.

**Article 5 :** Il est créé un comité national de lutte contre la cécité sous la dénomination de « Comité National Vision 2020 ». Au niveau de chaque région, il sera créé un « un Comité Régional Vision 2020 ».

**Article 6 :** La composition et les missions du Comité National et des Comités Régionaux Vision 2020 seront fixées par arrêté du Ministre de la Santé et de la Prévention.

**Article 7 :** Le présent arrêté sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

**Le Ministre de la santé et de la Prévention**  
**Modou DIAGNE Fada**



#### **AMPLIATION**

- PR/SG
- PM/SG
- INSPECTION
- TOUTES DIRECTIONS
- TOUS MCR
- ARCHIVES/CHRONO

## Annexe 7 : Lettre d'invitation à la réunion du comité PAG dans la région de Kaolack

REPUBLICQUE DU SENEGAL  
Un Peuple – Un But – Une Foi

N° 00011 /GR.KL/AA  
Kaolack, le 25 JAN 2016

REGION DE KAOLACK

**GOUVERNANCE**

**CONVOCATION**

Les destinataires de la présente sont priés de prendre part à la réunion du comité régional « Vision 2020 » de lutte contre la cécité, prévue le vendredi 29 janvier 2016 à 10 heures, à la Gouvernance.

**Ordre du jour :** Mise en œuvre des stratégies de prévention et de lutte contre la cécité dans la Région de Kaolack.

**Le Gouverneur**  
  
Lamine SAGNA  


**Sont concernés :**

- Les Présidents de conseil départemental ;
- Le Maire de la Commune de Kaolack ;
- Le Médecin chef de région ;
- L'ophtalmologiste de la région ;
- Le Directeur de l'Hôpital régional ;
- Le Directeur du Centre médico-social de la Fonction publique ;
- Le Chef du Service régional de l'Action sociale.
- Le Chef du Service régional du Développement communautaire ;
- L'Inspecteur d'Académic ;
- Le Chef de la Brigade régionale de l'Hygiène ;
- Le Chef de la Division régionale de l'Hydraulique ;
- La Présidente de la Cellule régionale du CONGAD ;
- Le Chef du Bureau de l'Education pour la Santé
- Le Superviseur des Soins de Santé primaires
- L'Administrateur diocésain ;
- L'Imam Ratib ;
- La Présidente de l'Union régionale des Mutuelles de Santé ;
- Le Président du Conseil régional de la Jeunesse ;
- La présidente régionale de la fédération des groupements de promotion des femmes ;
- La présidente régionale de la fédération des associations féminines du Sénégal ;
- Le président de l'association régionale des personnes handicapées ;
- Un représentant des comités de santé des districts sanitaires de la région ;
- Un représentant des pharmaciens ;
- Un représentant des tradipraticiens ;
- La Presse.

**Ampliation:**

- MSAS/CAB .

Gouvernance de Kaolack, Darou Ridwane, en face Grande Mosquée Ndiouga KEBE  
Téléphone : 33 941 17 94 – Fax : 33 941 35 90 - BP : 305- Email : gouvkaolack@yahoo.fr

**Tableau 19: Liste des médicaments pour la santé oculaire inclus dans la Liste nationale des médicaments essentiels**

Médicaments génériques	Spécialités	Forme
<b>Health post</b>		
Picloxidine	Vitabact	- collyre
Tétracycline	Auréomycine1%	Pommade
Néomycine + poly myxine	Cébémixine	Collyre et pommade
<b>Health district</b>		
Lidocaïne 2% adrénaline	Xylocaïne 2% adrénaline	Unité injectable
Lidocaïne 2% non adrénaline	Xylocaïne 2 non adrénaline	Unité injectable
Oxybuprocaine	Novésine, Cébésine	- collyre
Fluorescéine	Fluorescéine	- collyre, bandelettes
Atropine 1%-0.5%	Atropine	- collyre
Néosynéphrine 10%	Néosynéphrine	- collyre
Tropicamide	Mydriaticum	- collyre
Gentamycine 0,3	Gentalline	- collyre et- pommade
Maléate de timolol, Cartéolol	Timoptolcarteol	- collyre
Dexamethasone	Maxidex	- collyre
Dexamethasone+ Antibiotiqu	Cébédexacol, Maxidrol	- collyre et pomade
Cromoglycate, Lévocabastine	Cromoptic , Lévoпта	- collyre
Nandrolone	Kératyl,	- collyre
Aciclovir	Zovirax	- pommadeophtal.
Carbopol 940Chondroïtine	Lacrigel, gel larme, etc.	- gel oculaire, collyre
<b>Regional hospitals</b>		
Bupivacaine	Marcaïne 0,5	Unité injectable
« Gel d'examen »	Goniosol, réfractosol	- collyre
Quinolone	Okacin, chibroxine	- collyre
Indométacine, Diclofenac	Indocollyrevoltarene 0,1%	- collyre
Pilocarpine 1-2-4	Pilo 1%-2%-4%	- collyre
Acétazolamide	Diamox 250	Boîte de 1000 cp et inject
OfloxacinPéfloxacin	Oflocet, Péflacine	Boîte de 10 cp
Gentamycine	Gentalline 10mg	Unité injectable
Glycérone	Glycérone	Flacon susp. Buv.
Dexamethasone ink	Soludécadron	Boîte de 100 amp
Prednisolone 5mg	Cortancyl	Boîte de 1000 cp
<b>Matériels chirurgicaux</b>		
Implant de chambre postérieure		Boîte d'une unité
Substance viscoélastique (methylcellulose)		Boîte d'un flacon
S.N.R.M. polyamide noir- serti 30cm 6,2mm -3/8 cr- code 87770 - USP=10/0		Boîte de 10 unités
S.N.R.M. soie de traction noire - serti 75cm - 16mm - 3/8 cr - code f2250 – USP=3/0		Boîte de 36 unités
S.N.R.M. soie tressée noire - serti 30cm-6,6mm - 3/8cr- code F7752- USP=8/0		Boîte de 10 unités
S.R.T. polyglactine 910 - (Vicryl mono fil) serti 30 cm – 6,6mm- 3/8 cr- code jv7440- USP=10/0		Boîte de 10 unités
S.R.T. polyglactine 910 (Vicryl) serti 45cm- 7,6mm - 3/8cr- code jv551- USP=6/0		Boîte de 10 unités
Micro-éponges chirurgicales		Sachet de 3 unités
Couteaux 30° et 45°		Boîte de 10 unités
Pinces à mono filament		Unité
Canule à double courant		Unité

**Source : Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale**

Figure 11: Photos de terrain

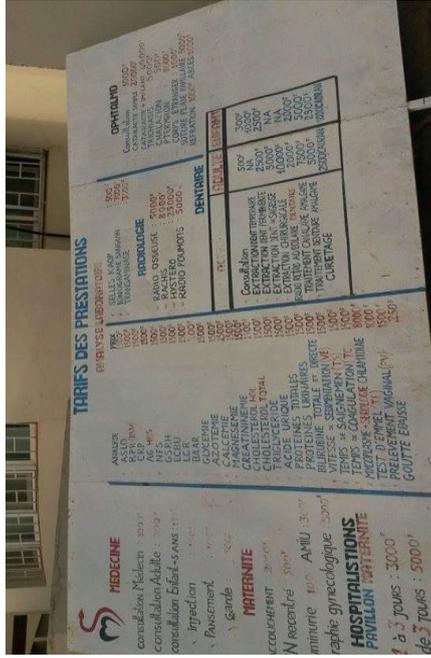
Échantillon de consultations se déroulant à l'unité des yeux dans la région de



ACTIVITES	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	T3
CONSULTATIONS	1151	1086	1051	3288
CONSULTANTS	378	379	301	1058
<b>ACTES</b>				
CATARACTE SANS IMPLANT	0	0	0	0
ICP	11	35	37	83
CHALAZION	2	0	3	5
PTERYGION	11	2	3	16
E/T	6	4	6	16
PLAIE DE CORNEE	0	1	1	2
EVISGERATION	0	0	1	1
KYSTE	0	0	0	0
CV	0	0	0	0
ECHOGRAPHIE	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>42</b>	<b>51</b>	<b>123</b>

Louga

Liste de prix pour les services de soins oculaires dans le district de Njoro



**TARIFS DES PRESTATIONS**

**MEDECINE**  
 Consultation Medecin  
 Consultation Adulte  
 Consultation Infant-2 ans  
 Injektion  
 Pansement  
 garde

**MATERINITE**  
 accouchement  
 N accouchés  
 Immunité  
 raphie gynécologique

**HOSPITALISATIONS**  
 PAVILLON MATERNITE  
 2 à 3 jours : 3000  
 de 3 jours : 5000

**ANALYSES**  
 ASLO  
 LEP  
 NFS  
 ECG  
 ECU  
 BAK  
 GAZEPHIE  
 CALCEPHIE  
 PHOSPHORINE  
 CHOLESTEROL  
 CHOLESTEROL TOTAL  
 ACIDE URIQUE  
 URATES  
 PROTEINES URINAIRES  
 BILIRUBINE TOTALE  
 ALBUMINE  
 VITESSE DE SEDIMENTATION  
 TEMPS DE COAGULATION  
 TEST DE WASSERMAN  
 TEST DE WASSERMAN VDRL  
 PRELÈVE VAGINAL  
 GOUTTE BRASSE

**OPHTALMOLOGIE**  
 Généraliste  
 15000  
 Spécialiste  
 25000  
 CHALAZION  
 5000  
 LOPES TRINGE  
 10000  
 RETENTATON  
 25000  
 ALTES  
 20000

**OPHTALMOLOGIE**  
 Généraliste  
 15000  
 Spécialiste  
 25000  
 CHALAZION  
 5000  
 LOPES TRINGE  
 10000  
 RETENTATON  
 25000  
 ALTES  
 20000

**OPHTALMOLOGIE**  
 Généraliste  
 15000  
 Spécialiste  
 25000  
 CHALAZION  
 5000  
 LOPES TRINGE  
 10000  
 RETENTATON  
 25000  
 ALTES  
 20000

**OPHTALMOLOGIE**  
 Généraliste  
 15000  
 Spécialiste  
 25000  
 CHALAZION  
 5000  
 LOPES TRINGE  
 10000  
 RETENTATON  
 25000  
 ALTES  
 20000

Échantillon de matériel de soins de santé oculaire à l'unité oculaire Nioro



Échantillon de lits réservés aux patients à une unité de soins oculaires dans la région de Louga



## Annexe 7 : Questions semi-structurées/guide adapté de l'outil du SESO

MODULE DE BASE (Données secondaires – étape de revue documentaire)		Méthode de collecte des données	Personnes ressources
A. <i>Maladies</i>	1. Prévalence de la cécité (et d'autres maladies aveuglantes) 2. Proportion de la cécité due à la cataracte ? 3. Principales causes de la morbidité des yeux et de la cécité. Nombre de chirurgies de la cataracte effectuées chaque année par million de personnes	Revue documentaire	Coordonnateur national de la santé oculaire, ONGi et personne responsable de l'information sanitaire
B.8 <i>Profil du système de santé et contexte et caractéristiques</i>	1. Profil du système de santé, et contexte et caractéristiques 2. Organisme de prestation de services de soins oculaires 3. Mapping des donateurs de la santé oculaire 4. Coordination des donateurs de la santé oculaire	Revue documentaire	Coordonnateur national de la santé oculaire, ONGi et personne responsable de l'information sanitaire
BLOCK 1 : GOUVERNANCE (guide d'entretien semi structuré)			
A. <i>Réactivité du gouvernement</i>	1. Le Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale a-t-il un plan national de prévention de la santé oculaire/prévention de la cécité ? Sonde : Pouvez-vous fournir des preuves de l'existence d'un tel plan ? Comment cela fonctionne-t-il dans la pratique ? Quel impact ce plan a-t-il sur la santé oculaire ? 2. Est-ce les groupes intervenant dans le système de santé comprennent des représentants des organisations de personnes handicapées (OPH) ou des associations de maladies spécifiques (par exemple les associations de diabète) ? Sonde : Veuillez nommer certaines des associations qui ont été incluses dans le passé ? À quelle étape des politiques de santé oculaire incluent-elles des représentants d'une telle association ? Quel rôle spécifique jouent-ils ? Quel en est l'impact ?	Entretien approfondi	Personnes responsables des soins oculaires au Ministère de la Santé • Directeur et président/directeurs des organisations de personnes handicapées (OPH) • Directeur du pays ou responsable du programme chez les amateurs de curiosités • Président/directeurs de l'association par exemple Association du diabète Autres organisations pertinentes pour les soins oculaires
B. <i>Voix : agrégation de préférences</i>	3. Est-ce que les OPH, les associations de maladies spécifiques et d'autres groupes pertinents aux soins oculaires ont la capacité et la possibilité de plaider en faveur des questions de santé oculaire ? Sonde : Sont-ils reconnus dans le pays ? Quel genre d'actions a été initiée par le passé dans le cadre du plaidoyer ? Cela a-t-il changé avec le temps ?	Entretien approfondi	
C. <i>Force du Client : Contribution Technique et supervision</i>	4. Les organisations ci-dessus ont-elles la capacité et l'opportunité d'utiliser, d'analyser et de soumettre leurs commentaires au gouvernement sur les objectifs du secteur de la santé, la planification, la budgétisation, les dépenses et les données relatives à la santé oculaire ? Sonde : Donnez l'exemple de ces actions prises par les organisations et comment cela a fonctionné ? 5. Les organisations de la société civile (y compris les organisations professionnelles, de la santé spécialisées, ONG et liées aux médias) qui surveillent les fournisseurs de soins et les organismes fournisseurs comprennent-elles les sociétés nationales ophtalmologiques et les organisations de personnes handicapées ? Sonde : Si oui, existe-t-il une politique ou une législation qui appuie leur inclusion ? Est-ce la même chose partout ailleurs ?	Entretien approfondi	

<p><i>D. Prestation de services</i></p>	<p>6. L'information sur la qualité et le coût des soins de santé inclut-elle l'information relative aux soins oculaires ? Sonde : Exemple typique : information pour le client afin de sélectionner leurs fournisseurs de soins de santé ou leurs établissements de santé ? Sous quel format ces informations sont-elles fournies ? Braille ? Qui prend ces décisions ?</p>	<p>Entretien approfondi</p>	<p>Organisations de fournisseurs Administrateur de l'hôpital, intendant médical, ophtalmologiste, infirmière/infirmier ophtalmique et autre personnel de soins oculaires dans les établissements régionaux et de district. • Personnes responsables des soins oculaires au Ministère de la Santé • Directeur et président/dirigeants des organisations de personnes handicapées (DPO) • Directeur de pays ou responsable de programme chez Sightsavers</p>
<p><i>E. Information, rapports et lobbying</i></p>	<p>7. Les rapports des autorités sanitaires comprennent-ils des informations relatives aux soins oculaires ? Quel impact cela a-t-il sur la prestation des services de santé oculaire ? Quel type d'information est signalée au Ministère de la Santé ?</p> <p>8. Dans quelle mesure les fournisseurs de services de soins de santé oculaire utilisent-ils des données probantes sur les résultats des programmes de soins oculaires pour faire pression sur le gouvernement ? Sonde : Cette information est-elle utilisée par le Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale pour la planification des politiques ? Pouvez-vous fournir un exemple de ces données ? Comment cela fonctionne-t-il dans la pratique ?</p>	<p>Entretien approfondi</p>	
<p><i>F. Compact : directives, surveillance et ressources</i></p>	<p>9. Les règlements sur le secteur de la santé s'appliquent-ils aux soins oculaires au Sénégal ? Les règlements du secteur de la santé (protocoles, normes, codes de conduite et procédures de certification) sont-ils connus et appliqués dans les établissements de formation et les formations sanitaires ? Sonde : Si oui, pouvez-vous donner des exemples de la réglementation ? Lequel de ces règlements n'est pas utilisé dans les soins oculaires ? Qui prend ces décisions ?</p>	<p>Entretien approfondi</p>	
<p><b>BLOC 2 : FINANCEMENT DE LA SANTÉ (QUESTIONS POUR LES INTERVENANTS)</b></p>			
<p><i>A. Recouvrement des recettes : montant et sources des ressources financières</i></p>	<p>1. Les dépenses publiques (gouvernementales) consacrées à la santé oculaire en% des dépenses totales de santé ? 2. Les dépenses des donateurs en% des dépenses totales de santé oculaire. Question : Quelle est la principale source de financement de la santé oculaire dans le pays ? Quel est le calendrier de mise à disposition des sources de financement ? Quel est le pourcentage des dépenses en santé oculaire des fonds provenant des donateurs ? Quel pourcentage des dépenses publiques consacrées à la santé est affecté aux dépenses de santé oculaire ?</p>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<p>• Personnes responsables des soins oculaires au Ministère de la Santé • Personne responsable des finances au Ministère de la Santé • Directeur de pays ou responsable de programme chez Sightsavers</p>
<p><i>B. Mise en commun et répartition des ressources financières : formulation et allocation budgétaire gouvernementales</i></p>	<p>3. Quelle est la structure de la décentralisation locale de l'allocation budgétaire pour la santé oculaire ? Avez-vous des allocations budgétaires du conseil central et local pour la santé oculaire dans les systèmes décentralisés ? Quel impact cela a-t-il ? 4. Quel est le pourcentage du budget de santé du gouvernement sur les soins oculaires ambulatoires/hospitalisés ?</p>	<p>Entretien approfondi</p>	<p>• Directeur régional au Ministère régional de la Santé publique et de la Prévention • Personne responsable des finances au Ministère de la Santé • Personnes responsables des soins oculaires au Ministère de la Santé • Médecin de district au Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale du district</p>

<p><i>C. Mise en commun et répartition des ressources financières : assurance maladie</i></p>	<p>5. Quels services de santé oculaire sont couverts par l'assurance maladie ?          Probe : Quelle est la source de financement de ces services de santé oculaire pour la majorité des patients ? Confirmer le document. Le pays a-t-il actuellement une politique d'assurance maladie nationale ? Si oui, quels services de santé oculaire sont couverts par l'assurance maladie ?</p>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des finances au Ministère de la Santé</li> <li>• Personnes responsables des soins oculaires au ministère de la Santé</li> </ul>
<p><i>D. Frais d'utilisateurs</i></p>	<p>6. Quel pourcentage de revenus pour la santé oculaire est généré à partir des frais d'utilisation ? Quel est le pourcentage pour la santé oculaire au niveau de l'établissement et du district ?</p> <p>7. Combien est généré de l'utilisation informelle et des frais associés aux soins de santé oculaire (c'est-à-dire les lunettes) dans le secteur public ?          S'il y a des dépistages familiaux réguliers, quelles sont les sources de financement pour un tel dépistage ?</p> <p>8. Les établissements de santé oculaire ont-ils le même tarif ? Existe-t-il des différences entre le secteur privé et le secteur public en termes de prix ?</p>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p> <p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des finances au Ministère de la Santé</li> <li>• Personnes responsables des soins oculaires au ministère de la Santé</li> </ul>
<p><b>BLOC 3 : PRESTATION DE SOIN DE SANTE OCULAIRE (QUESTIONS POUR LES INTERVENANTS)</b></p>			
<p><i>A. Disponibilité de la prestation des services</i></p>	<p>1. Quelle est la proportion de lits d'hôpitaux attribués aux soins oculaires ? Confirmer le document</p> <p>2. Nombre d'ophtalmologistes ou d'infirmières/infirmiers formés pour effectuer des activités liées à la santé oculaire au cours des 12 derniers mois ?          Sonde : Quelle organisation a fourni la formation et le financement ? Y a-t-il des plans pour une formation continue dans les années à venir ? Tout financement ?</p>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Directeur de pays ou responsable de programme chez Sightsavers</li> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Directeur et président/directeurs des organisations de personnes handicapées (DPO)</li> </ul>
<p><i>B. Accès, couverture et utilisation des services</i></p>	<p>3. Quel est le taux de cataracte chirurgicale (pays et différentes provinces ou régions) mensuel, trimestriel ou annuel ? Confirmer document</p>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Directeur de pays ou responsable de programme chez Sightsavers</li> </ul>
<p><i>C. Résultats de la prestation de services</i></p>	<p>4. Quelle est la prévalence de la cécité ? Pour quelles années ?</p> <p>5. Erreurs de réfraction non corrigées ? Pour quelles années ?</p>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p> <p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Directeur et président/directeurs des organisations de personnes handicapées (OPH)</li> <li>• Directeur de pays ou responsable de programme chez Sightsavers</li> </ul>
<p><i>D. Disponibilité de la prestation des services (couverture)</i></p>	<p>6. Nombre d'établissements de soins primaires dotés de services de soins oculaires spécialisés pour 10 000 personnes.</p> <p>7. Quel est le pourcentage d'établissements de soins de santé primaires avec un(e) infirmière/infirmier formé(e) aux soins oculaires ?</p>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p> <p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur de pays ou responsable de programme chez Sightsavers</li> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> </ul>
<p><i>E. Disponibilité de la prestation des services (couverture)</i></p>	<p>8. Quel est le nombre et le type d'établissements de soins primaires dotés d'une expertise en santé oculaire (infirmiers ou agents de santé formés aux soins oculaires dans l'établissement) dans le système de santé pour 10 000 personnes ? Confirmez les années</p>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur de pays ou responsable de programme chez Sightsavers</li> </ul>

F. Accès et utilisation des services offerts	9. Quel est le pourcentage de personnes vivant à une distance standard de l'établissement de santé oculaire au niveau primaire ?	Revue documentaire/ Entretien approfondi	• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé
	10. Accès financier ? Quel est le prix d'une consultation et d'une opération de chirurgie de la cataracte par rapport au niveau de vie ? Cela a-t-il changé avec le temps ?	Revue documentaire/ Entretien approfondi	
	11. Les systèmes de santé ont-ils des exonérations de droits d'utilisation et des exonérations pour les services de soins oculaires ? Quels groupes bénéficient de la stratégie d'exemption ? Pourquoi ?	Revue documentaire/ Entretien approfondi	
	12. Quelle est la proportion des opérations de chirurgie de la cataracte qui se déroulent dans le secteur privé contre le secteur public ? Cela a-t-il changé avec le temps ?	Revue documentaire/ Entretien approfondi	
	13. Quel est le taux d'utilisation des fournisseurs privés pour les services de soins oculaires dans les zones rurales par rapport aux zones urbaines par type de fournisseur ? Cela a-t-il changé avec le temps ?	Revue documentaire/ Entretien approfondi	
	14. Quelle est la proportion d'hospitalisations (ou nombre de jours d'hôpitaux) qui a lieu dans le secteur privé par rapport au secteur public ?	Revue documentaire/ Entretien approfondi	
	15. Avez-vous une gamme complète de services primaires de soins oculaires sur une base quotidienne ? Quel impact cela a-t-il ? Comment cela fonctionne-t-il dans la pratique ?	Entretien approfondi	
	16. Quel est le nombre de programmes de soins oculaires verticaux ?	Revue documentaire/ Entretien approfondi	
	17. Les fournisseurs de soins oculaires suivent-ils les politiques nationales de promotion de la qualité des soins ? Comment cela fonctionne-t-il dans la pratique ?	Entretien approfondi	
	18. Existe-t-il des normes nationales de qualité des soins oculaires adaptées au niveau local ? Est-ce que les supervisions cliniques par le superviseur au niveau du district comprennent les services de soins de santé oculaire ? Comment la supervision est-elle effectuée et comment inclut-elle les services de soins oculaires ?	Entretien approfondi	
BLOC 4 : RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE OCULAIRE (QUESTIONS POUR LES PARTIES PRENANTES)			

- Directeur régional au Ministère régional de la Santé publique et de la Prévention
- Médecin chef du district au Ministère de la Santé du district
- Administrateur de l'hôpital
- Intendant médical
- Ophtalmologue
- Infirmière ophtalmologique et autre personnel de soins ophtalmologiques dans les établissements régionaux et de district.
- Président/directeurs de l'association de la maladie par exemple Association du diabète
- Autres organisations rattachées aux soins oculaires

<p><b>A. La situation actuelle des RH</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quel est le nombre de fournisseurs de soins de santé, par cadre, qui travaillent dans les soins oculaires ?</li> <li>2. Quelles ont été les tendances des travailleurs des soins oculaires au cours des 5 dernières années ?</li> <li>3. Quel est le ratio des cadres de soins de santé oculaire par rapport à la population ainsi que leur répartition par : Comparaison aux normes de l'OMS/IAPB et aux comparateurs régionaux Désagrégation par cadre Désagrégation par niveau de service (primaire, secondaire, tertiaire) Désagrégation par zone géographique (province, région, etc.) Comparaison aux zones urbaines/rurales Comparaison aux secteur privé/public</li> </ol>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p> <p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p> <p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé publique</li> <li>• Directeur de pays ou responsable de programme chez Sightsavers</li> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé publique</li> <li>• Directeur régional au Ministère de la Santé</li> <li>• Médecin chef de district au Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale du district</li> <li>• Directeur de pays ou responsable de programme à Sightsavers</li> </ul>
<p><b>B. Système de gestion des ressources humaines</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Est-ce que le système de santé a mis en œuvre des plans stratégiques qui prennent en compte la budgétisation de la RH des soins de santé oculaire ?</li> </ol> <p>Les systèmes de collecte incluent-ils des informations sur le personnel des soins oculaires ?</p> <p>Note : les systèmes de collecte consistent en la disponibilité de systèmes et de capacités pour la collecte, l'intégration et l'analyse de données et d'informations sur les RHS, y compris les acteurs étatiques et non étatiques ; preuve de l'utilisation de l'information pour planifier, former, évaluer et soutenir les travailleurs de la santé</p>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur pays ou responsable de programme à Sightsavers</li> </ul>
<p><b>C. Politique</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Les politiques de RH sont-elles pertinentes pour le personnel des soins oculaires et suivies par les fournisseurs de soins oculaires ?</li> </ol>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrateur de l'hôpital</li> <li>• Intendant médical</li> <li>• Ophthalmologue</li> <li>• Infirmière/infirmier ophthalmologique et</li> <li>• Autre personnel de soins ophthalmologiques dans les établissements régionaux et de district</li> </ul>
<p><b>D. Education</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Les chirurgiens de la cataracte sont-ils reconnus par les autorités ?</li> <li>7. Qui est responsable de l'emploi des optométristes et comment sont-ils par rapport aux autorités et les structures gouvernementales ?</li> <li>8. Quelle institution est responsable de la formation de nouveaux travailleurs de la santé oculaire et comment répond-elle aux besoins du système de soins de santé ? Comment ?</li> <li>9. Est-ce que tout programme de formation préalable pour les soins de santé oculaire est mis à jour régulièrement ? Quelle est la date de mise à jour de ce programme ?</li> <li>10. Le système de prise de décision appuie-t-il la formation continue pour le personnel soignant ? Qui offre une telle formation ?</li> <li>11. Quel est le ratio rural/urbain pour les admissions/diplômés en soins oculaires ? Par genre ? Par ethnicité ou région ?</li> </ol>	<p>Revue documentaire/ Entretien approfondi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doyen, chef des institutions de formation : exemple Collège des soins infirmiers</li> <li>• Directeur pays ou responsable de programme à Sightsavers</li> </ul>

<i>E. Partenariat</i>	<p>12. Quel est le processus de formation ou de révision des politiques en matière de ressources humaines et comment est-il pertinent pour le personnel soignant ?</p> <p>13. Existe-t-il un accord formel ou protocole d'entente entre le gouvernement et les services de soins oculaires qui régit l'organisation des soins et depuis combien de temps un tel accord existe-t-il ?</p>	Revue documentaire/ Entretien approfondi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur et président/dirigeants des organisations de personnes handicapées (OPH)</li> <li>• Président/dirigeants des associations spécifiques à certaines maladies, p. ex. l'Association du diabète</li> </ul>
<i>F. Leadership</i>	<p>14. a. Comment le gouvernement ou le public crée-t-il une sensibilisation ou un plaidoyer pour les soins oculaires, sur les questions relatives aux RH en santé selon Vision 2020 ?</p> <p>b. Comment cette sensibilisation sur les problèmes de RH liés aux soins de santé oculaire intègre-t-il le niveau ministériel, le Parlement ou le Cabinet ?</p>	Revue documentaire/ Entretien approfondi	
<b>BLOC 5 : PRODUITS MÉDICAUX, VACCINS ET TECHNOLOGIES PHARMACEUTIQUES (Guide d'entretien semi-structuré)</b>			
<i>A. Indicateurs Standard</i>	<p>1. Quelles sont les dépenses totales en produits pharmaceutiques (médicaments et consommables) spécifiquement pour les soins oculaires (par exemple: gouttes oculaires, lentilles)</p> <p>2. Quelles sont les dépenses publiques consacrées aux produits pharmaceutiques spécialement pour les soins oculaires ?</p> <p>3. Quelles sont les dépenses privées consacrées aux produits pharmaceutiques spécialement pour les soins oculaires ? Tableau pour faire une comparaison par année.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au ministère de la Santé</li> <li>• Chef pharmacien au Ministère de la Santé</li> <li>• Directeur pays ou responsable de programme à Sightsavers</li> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Chef pharmacien au ministère de la Santé</li> </ul>
<i>B. Politique pharmaceutique, lois et règlements</i>	<p>4. La Politique nationale sur les médicaments essentiels (si elle existe) comprend-elle des produits de soins oculaires ?</p> <p>5. Les données recueillies contiennent-elles des informations sur les produits pharmaceutiques spécifiques pour les soins de santé oculaire ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au ministère de la Santé</li> <li>• Chef pharmacien au Ministère de la Santé</li> <li>• Directeur pays ou responsable de programme à Sightsavers</li> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Chef pharmacien au Ministère de la Santé</li> </ul>
<i>C. Sélection des produits pharmaceutiques</i>	<p>6. La LNME comprend-elle des médicaments spécifiques pour les soins de santé oculaire ?</p> <p>7. Nombre total de produits pharmaceutiques spécifique pour les soins de santé oculaires sur la LNME.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Chef pharmacien au Ministère de la Santé</li> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Chef pharmacien au Ministère de la Santé</li> </ul>
<i>D. Utilisation appropriée</i>	<p>8. Les guides thérapeutiques nationaux avec des traitements standardisés incluent-ils des problèmes communs de santé des yeux ?</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Chef pharmacien au ministère de la Santé</li> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chef pharmacien au Ministère de la Santé</li> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Chef pharmacien au Ministère de la Santé <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrateur de l'hôpital</li> <li>• Intendant médical</li> <li>• Ophtalmologue</li> <li>• Infirmière/infirmier ophtalmique</li> <li>• Autre personnel de soins oculaires</li> </ul> </li> <li>• Personne responsable des finances au ministère de la Santé</li> <li>• Directeur de pays ou responsable de programme à Sightsavers</li> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Chef pharmacien au Ministère de la Santé</li> </ul>
9. Quelles sont les directives de formation utilisées pour la formation du personnel de soins oculaires ? Les directives de traitement pour la formation incluent-elles le personnel de soins oculaires ?			
10. Quelle est la proportion du financement de la dépense nationale annuelle sur les médicaments des soins oculaires dans le budget du gouvernement, des donateurs, des organismes de bienfaisance et des patients privés ?			
<b>E. Financement</b>			
<b>BLOC 6 : SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA SANTÉ OCULAIRE [Guide d'entretien semi-structuré]</b>			
A. Information sur les produits	11. Quelles informations sur la santé oculaire sont incluses dans les rapports de surveillance de la maladie reçus à différents niveaux du système de santé ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au ministère de la Santé</li> <li>• Médecin chef du district au Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale du district</li> <li>• Directeur régional au ministère de la Santé du district</li> <li>• Administrateur de l'hôpital</li> <li>• Intendant médical</li> <li>• Ophtalmologue</li> <li>• Infirmière ophtalmique</li> <li>• Autre personnel de soins oculaires</li> </ul>
B. Indicateurs	12. Soins oculaires inclus dans les indicateurs de base ? Note : catégories d'indicateurs de santé : déterminants, intrants, résultats et état de santé ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au ministère de la Santé</li> <li>• Médecin chef du district au Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale du district</li> <li>• Directeur régional au Ministère de la Santé du district</li> </ul>
C. Ressources du SIS	13. Quels sont bailleurs de fonds internationaux impliqués dans le soutien du SIS des soins santé oculaires ? Veuillez donner un exemple de donateurs internationaux impliqués dans le soutien du SIS des soins de santé oculaires ? Comment ces organisations donatrices sont-elles impliquées ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> </ul>
D. Source de données	14. Disponibilité et accessibilité des sources de données spécifiquement pour les soins oculaires ? Sonde : Avez-vous des sources de données disponibles spécialement pour les soins oculaires ? Pouvez-vous nous donner des exemples de sources de données ? Comment les sources de		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au ministère de la Santé</li> </ul>

	données sont-elles régulièrement mises à jour avec des informations sur les soins oculaires ?		
<b>E. Gestion des données</b>	15. Quel est le pourcentage de districts déclarant des informations sur les soins oculaires ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable des soins oculaires au ministère de la Santé</li> <li>• Médecin chef du district au Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale du district</li> <li>• Directeur régional au ministère de la Santé du district</li> </ul>
	16. Quel est le pourcentage de FS privées transmettant des informations sur les soins oculaires ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable du suivi et de l'évaluation / systèmes d'information sur la santé au ministère de la Santé</li> </ul>
	17. Est-ce que le rapport de synthèse national contient des informations sur les soins oculaires ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable du suivi et de l'évaluation/systèmes d'information sur la santé au ministère de la Santé</li> </ul>
	18. Les rapports des autorités sanitaires à différents niveaux du système de santé comprennent-ils des informations sur les soins oculaires ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable du suivi et de l'évaluation/systèmes d'information sur la santé au ministère de la Santé</li> </ul>
<b>F. Utilisation et dissémination des données</b>	19. Les données sur les soins oculaires sont-elles utilisées pour la planification, la budgétisation et les activités de collecte de fonds au cours de la dernière année ?		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne responsable du suivi et de l'évaluation/systèmes d'information sur la santé</li> <li>• Personne responsable des soins oculaires au Ministère de la Santé</li> <li>• Médecin chef du district au Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale du district</li> <li>• Directeur régional au Ministère de la Santé du district</li> </ul>

Annexe 8 : Formulaire C (partie 1) : Détails du budget par sous-composantes

Programmes fonctionnels	Composantes	Sous-composantes	Budget acquis au cours l'année budgétaire N	
			VA Millions FCFA	VR (%)
1- Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	1-1 Santé de la mère et du nouveau-né	1-1-1 Maternité à moindre risque	286,300,801	4.20%
		1-1-2 PEC communautaire de la femme enceinte	52,440,960	0.77%
		1-1-3 Planification familiale	84,663,161	1.24%
		1-1-4 Santé Néonatale	24,580,700	0.36%
	1-2 Survie de l'enfant	1-2-1 PCIME	49,536,650	0.73%
		1-2-2 Nutrition	173,132,336	2.54%
	1-3 Santé de la reproduction des adolescents et jeunes	1-3-1 Offre de service	67,183,440	0.99%
		1-3-2 IEC/CCC communautaire	5,888,300	0.09%
	1-4 Vaccination	1-4-1 PEV	69,114,490	1.01%
		1-4-2 Autres vaccinations	82,124,963	1.21%
2. Prévention et prise en charge de la maladie	2-1 Maladies transmissibles	2-1-1 surveillance et riposte face aux épidémies	29,956,125	0.44%
		2-1-2 Paludisme	205,687,060	3.02%
		2-1-3 Tuberculose	63,022,200	0.93%
		2-1-4 Sida	74,799,148	1.10%
		2-1-5 Maladies tropicales négligées (MTN)	34,734,726	0.51%
	2-2 Maladies non transmissibles	2-2-1 Maladies chroniques à soins coûteux	47,876,800	0.70%
		2-2-2 Santé mentale	12,125,000	0.18%
		2-2-3 Santé buccodentaire	14,887,290	0.22%
		2-2-4 Santé oculaire	6,744,000	0.10%
		2-2-5 Gestion des urgences	127,644,088	1.87%
	2-3 Prévention	2-3-1 Hygiène assainissement	70,665,415	1.04%
		2-3-2 IEC/CCC	30,729,508	0.45%
		2-3-3 Lutte antitabac	120,000	0.00%
		2-3-4 Lutte contre les infections nosocomiales (ou infections associées aux soins)	71,788,400	1.05%
		2-3-5 Santé et environnement	8,722,900	0.13%
3. Renforcement du système de santé	3-1 Couverture sanitaire	3-1-1 Infrastructures/ Equipements/ Maintenance	3,020,635,935	44.36%
		3-1-2 Ressources humaines	458,968,543	6.74%
		3-1-3 Accès aux médicaments et produits spécifiques	432,019,610	6.34%
		3-1-4 Système d'information sanitaire	38,643,980	0.57%

		3-1-5 Recherche opérationnelle	10,735,000	0.16%
	<b>3-2 Fonctionnement des services</b>	3-2-1 Fonctionnement courant	627,572,629	9.22%
		3-2-2 Transferts courant	6,950,000	0.10%
	<b>3-3 Financement de la demande</b>	3-3-1 Couverture risque maladie	51,687,860	0.76%
		3-3-2 Initiatives de gratuité	159,888,329	2.35%
<b>4. Gouvernance sanitaire</b>	<b>4-1 Gestion axée sur les résultats</b>	4-1-1 Planification	26,558,613	0.39%
		4-1-2 Coordination/ Suivi/ Evaluation	167,718,840	2.46%
		4-1-3 Financement Basé sur les Résultats	0	0.00%
		4-1-4 Normalisation	1,048,200	0.02%
		4-1-5 Audit/ contrôle	5,503,894	0.08%
		4-1-6 Système d'allocation des ressources	593,166	0.01%
	<b>4-2 Participation</b>	4-3-1 Participation des communautés	16,332,381	0.24%
		4-3-2 Décentralisation et Multisectorialité	19,108,288	0.28%
		4-3-3 Partenariat	13,948,000	0.20%
<b>5. Appui aux groupes vulnérables</b>	<b>5-1 Prise en charge de l'enfance déshéritée</b>	5-1-1 Appui aux associations de promotion sociale et daaras	6,662,400	0.10%
		5-1-2 Appui scolaire et formation professionnelle	9,995,000	0.15%
		5-1-3 Appui aux veuves et orphelins	1,625,000	0.02%
	<b>5-2 Autonomisation des indigents et groupes vulnérables</b>	5-2-1 PAPA	10,500,000	0.15%
		5-2-2 RBC	28,605,000	0.42%
		5-3-3 VRS	0	0.00%
		<b>Total</b>	<b>6,809,769,129</b>	<b>100%</b>

## Annexe 9 : Formulaire C (partie 2) : Détails du budget pour la santé par sources de financement

Sources de financement		Dépenses de fonctionnement	Dépenses d'investissement	Total dépenses (millions CFA)	
				VA	VR (%)
1. Etat		1,328,258,367	1,385,105,500	2,732,545,567	40.13%
	<i>Sous-total (A)</i>	<i>1,328,258,367</i>	<i>1,385,105,500</i>	<i>2,713,363,867</i>	<i>39.85%</i>
2. Recettes propres des formations sanitaires	COMITE SANTE	342,169,998	22,504,700	364,314,738	5.35%
	RECETTES PROPRES EPS	628,863,438	0	628,863,438	9.23%
	<i>Sous-total (B)</i>	<i>971,033,436</i>	<i>22,504,700</i>	<i>993,538,136</i>	<i>14.59%</i>
3. Collectivités locales		103,804,400	11,145,500	114,949,900	1.69%
		18,880,000	2,450,000	21,330,000	0.31%
	<i>Sous-total (C)</i>	<i>122,684,400</i>	<i>13,595,500</i>	<i>136,279,900</i>	<i>2.00%</i>
4. Partenaires au Développement	AFD	386,079,610	59,500,000	445,579,610	6.54%
	ADEMAS	9,715,000	0	9,715,000	0.14%
	intra health	73,361,712	0	73,361,712	1.08%
	PSSC2	47,261,578	0	47,261,578	0.69%
	UNFPA	193,169,225	27,157,000	220,326,225	3.24%
	FM/CNLS	65,294,293	15,000,000	80,294,293	1.18%
	UNICEF	181,063,373	10,580,888	191,644,261	2.81%
	OMS	18,299,100	0	18,299,100	0.27%
	FM/PNLP	87,986,500	1,160,000	89,146,500	1.31%
	FM/TB	18,791,000	0	18,791,000	0.28%
	SIGHTSAVERS	13,221,400	0	13,221,400	0.19%
	LUX DEV	704,786,918	70,743,250	775,530,168	11.39%
	FM/DLSI/RSS	33,453,734	0	33,453,734	0.49%
	PAM	6,722,250	0	6,722,250	0.10%
	ABT/USAID	41,738,250	5,875,000	47,613,250	0.70%
	PRN	132,647,047	400,000	133,047,047	1.95%
	ONG 3D	4,800,000	0	4,800,000	0.07%
	ASBEF	2,240,000	0	2,240,000	0.03%
	JEG	2,060,000	0	2,060,000	0.03%
	FAFS	2,100,000	0	2,100,000	0.03%
	DAHW	5,866,200	0	5,866,200	0.09%
	EELS	8,990,000	400,000	9,390,000	0.14%
	CHILD FUND	13,402,339	246,624	13,648,963	0.20%
	AWA	4,480,000	0	4,480,000	0.07%
	AMREF	3,695,000	0	3,695,000	0.05%
	ACDEV	9,163,180	7,105,000	16,268,180	0.24%
	PVM	71,826,155	0	71,826,155	1.05%
	ANCS	300,000	0	300,000	0.00%
	FM/PLAN	15,895,500	0	15,895,500	0.23%
	IEDS/EEDS	200,000	0	200,000	0.00%
MACEPA	51,700,000	0	51,700,000	0.76%	
Micro nument Initiative	4,331,600	0	4,331,600	0.06%	
<i>Sous-total (D)</i>	<i>2,214,640,964</i>	<i>198,167,762</i>	<i>2,412,808,726</i>	<i>35.43%</i>	
5. Autres sources	PNA	22,500,000	0	22,500,000	0.33%
	PROJET AUTRICHIEN	500,000,000	0	500,000,000	7.34%
	PLAN/PEDIPE	2,321,500	0	2,321,500	0.03%
	NETWORK	11,102,000	0	11,102,000	0.16%
	COOPERATION ITALIENNE	0	17,500,000	17,500,000	0.26%
	RNP+	355,000	0	355,000	0.01%
	<i>Sous-total (E)</i>	<i>536,278,500</i>	<i>17,500,000</i>	<i>553,778,500</i>	<i>8.13%</i>
<b>Total (A+B+C+D+E)</b>		<b>5,172,895,667</b>	<b>1,636,873,462</b>	<b>6,809,769,129</b>	<b>100%</b>

Suivi annuel



		Suivi budgétaire	Du 01/01/2015		Au 16/11/2015	
Compte N°	Intitulé du compte	Dotation annuelle	REALISATION		Disponible	
			Cumul	%	Montant	%
<b>SECTION EXPLOITATION - DEPENSES</b>						
<b>Groupe 2- charge à caractère médical et pharmaceutique</b>						
604110	<b>Produits pharmaceutiques</b>	<b>171,415,119</b>	<b>148,947,019</b>	<b>86.89%</b>	<b>22,468,100</b>	<b>13.11%</b>
6041102	<b>Médicaments &amp; Produits IB</b>	<b>93,500,000</b>	<b>70,483,358</b>	<b>75.38%</b>	<b>23,016,642</b>	<b>24.62%</b>
6041101	<b>Achats de produits de services</b>	<b>77,915,119</b>	<b>78,463,661</b>	<b>100.70%</b>	<b>- 548,542</b>	<b>-0.70%</b>
604111	Produits destinés à la radio	17,600,000	<b>21,553,000</b>	122.46%	<b>- 3,953,000</b>	<b>-22.46%</b>
604112	Produits destinés au laboratoire	16,931,200	<b>18,117,107</b>	107.00%	<b>- 1,185,907</b>	<b>-7.00%</b>
604113	Appareils et fournitures de prothèses et d'orthopédie	1,314,300	-	0.00%	1,314,300	100.00%
604114	Consommables non stériles	-	-		-	
604115	Consommables stériles	-	-		-	
604116	Produits & médicaments dentaires	-	-		-	
604117	Produits destinés à l'ophtalmologie	3,176,350	<b>1,902,830</b>	59.91%	1,273,520	40.09%
604118	Petits matériels hospitaliers	1,538,450	<b>2,394,000</b>	155.61%	<b>- 855,550</b>	<b>-55.61%</b>
604119	Autres produits destinés aux services	11,935,535	<b>15,120,860</b>	126.69%	<b>- 3,185,325</b>	<b>-26.69%</b>
604120	Kits de césariennes	16,400,755	<b>14,168,940</b>	86.39%	2,231,815	13.61%
604130	Produits pré & post-opératoires	8,018,529	<b>4,666,924</b>	58.20%	3,351,605	41.80%
604210	Gaz médicaux	1,000,000	<b>540,000</b>	54.00%	460,000	46.00%
	<b>SOUS-TOTAL GROUPE 2</b>	<b>171,415,119</b>	<b>148,947,019</b>	<b>86.89%</b>	<b>22,468,100</b>	<b>13.11%</b>



Nous travaillons avec des partenaires dans les pays en développement pour éliminer la cécité évitable et promouvoir l'égalité des chances pour les personnes handicapées

[www.sightsavers.org](http://www.sightsavers.org)

Visitez notre centre de recherche:

[www.research.sightsavers.org](http://www.research.sightsavers.org)

 **SightsaversUK**

 **@Sightsavers @Sightsavers\_Pol**

 **SightsaversTV**

Bumpers Way  
Bumpers Farm  
Chippenham  
SN14 6NG  
UK

+44 (0)1444 446 600

[info@sightsavers.org](mailto:info@sightsavers.org)

Registered charity numbers 207544 and SC038110

 **Sightsavers**