

# Survol historique de l'action catholique dans la Santé au Sénégal : rôle de l'ANPSCS



## SOMMAIRE

<u>Partie</u>	<u>Titre</u>	<u>N° page</u>
<u>Introduction</u>		P2 à 5
<u>Première partie:</u>	La Genèse de l'action catholique dans le secteur de la Santé au Sénégal : Rappels historiques sur l'arrivée des missionnaires au Sénégal	P6 à 14
I/	La genèse au Sénégal durant l'époque coloniale des activités de santé des communautés missionnaires catholiques.	P8 à 14
II/	La création l'ANPSCS dans la période contemporaine, une perpétuation de l'action missionnaire en santé.	P15 à 32
A	Aperçu sur la période de l'indépendance et les évolutions du système sanitaire national. 1°/L'organisation territoriale et institutionnelle post indépendance du secteur de la Santé 2°/La politique de Santé post indépendance, ses premiers jalons et contraintes 3°/ Les effets des politiques d'ajustement structurel sur le secteur de la Santé	P15 à 23
B	L'apport de l'ANPSCS dans l'offre de service de santé post indépendance 1°/Contenu de l'offre de service de santé des structures de santé catholiques: a/Les activités préventives : b/Les activités curatives : 2°/La genèse de l'association ANPSCS. 3°/Sa structuration actuelle de l'ANPSCS et l'état des lieux : 4°/Le lien structurel avec la hiérarchie catholique :	P23 à 32
<u>Deuxième partie</u>	la vie contemporaine de l'ANPSCS	P33 à 45
I	Contexte politique économique sociale en 2017, de la gestion de la sante au Sénégal	P33 à 38
A	Présentation du système de Santé du Sénégal et de ses enjeux actuels:	P33 à 36
B	La place de l'ANPSCS dans ce dispositif du système national de santé	P36 à 38
II	Rôle, contraintes, défis et perspectives pour l'ANPSCS	P38 à 45
A	Quel Rôle pour l'ANPSCS	P38 à 41
B	Défis et contraintes pour l'ANPSCS	P42 à 43
C	L'évolution de l'ANPSCS vers l'avenir	P43 à 45
III	Le message d'avenir	P45 à 47
	Bibliographie	P48
<u>Annexes :</u>	1. LIGNE EVANGELIQUE DIRECTRICE DU SOIN DES MALADES par Abbé Léon Diouf	P49 à 56

# Introduction

La volonté de l'ANPSCS d'élaborer cette publication est justifiée par le besoin de fixer la mémoire de l'institution d'une part; de permettre d'autre part une capitalisation des faits et actes qui ont jalonné sa naissance et son évolution; enfin de fournir aux personnes intéressées une source d'information sur toute son action au Sénégal.

L'exercice lorsqu'il coïncide avec les activités de la célébration de l'année jubilaire de l'institution, se révèle d'un fort intérêt.

En effet en atteignant cet âge de sagesse qu'est le cinquantenaire, il devient impérieux de partager l'expérience vécue, mais aussi de se donner le devoir d'influence qui sied à la conduite que l'on attend d'un aîné, capable d'être une lanterne dans l'évolution future de ses contemporains.

C'est donc tous ces objectifs qui guident l'effort d'élaboration de ce présent document.

Aujourd'hui cet exercice de mémoire est d'autant plus utile, qu'il va permettre de retracer au-delà de ce cinquantenaire, les faits majeurs ayant marqué le contexte de naissance de l'action pour la santé des populations, menée par les précurseurs de l'institution dans l'Eglise catholique au Sénégal; surtout lorsque les productions écrites à ce titre sont rares<sup>1</sup>.

En effet l'idéal de charité chrétienne a imprégné l'activité missionnaire lorsqu'il s'est agi de prendre en charge des malades et des populations défavorisées<sup>2</sup>. Et cette démarche est une recommandation de la doctrine sociale de l'Eglise<sup>3</sup>.

C'est ainsi que le souci sur la question de la santé, de la prise en charge des populations, a toujours été une préoccupation majeure des premiers missionnaires religieux catholiques implantés au Sénégal depuis l'époque coloniale, et se manifestait habituellement dans le devoir de procurer des soins d'urgence, des médicaments pour le traitement des pathologies courantes,

---

<sup>1</sup> Il faut regretter que « un constat massif initial doit être fait à propos de la place mineure occupée par le chapitre de l'histoire de la santé dans l'histoire de l'Afrique ». Et même « un second constat, presque plus massif, est que dans beaucoup de pays ouest africains, l'absence de réflexions historiques et actuelles sur ces relations entre l'État, le droit et la santé se traduit par l'absence de Codes de la santé publique dignes de ce nom, qui prennent vraiment en compte le droit le plus fondamental des citoyens à la santé. » propos publiés par Charles Becker, Chercheur au CNRS, dans un article « **Prolégomènes à une réflexion sur l'État colonial, le droit et la santé dans l'Ouest Africain francophone** » 2001.

<sup>2</sup> Cela est tellement vrai que les populations depuis très longtemps que pour désigner le dispensaire les populations l'ont communément appelé en dialecte local : « Keur Sœurs » ; traduisez la maison des religieuses.

<sup>3</sup> La sollicitude missionnaire exprimée durant les séances de soins concrétise la teneur du catholicisme. Ainsi, à la différence des dispensaires publics, les populations reçoivent dans les établissements catholiques une attention profondément charitable dictée par la religion des missionnaires. « Notre simple vie était leur modèle », affirme une religieuse. Le soin des corps permet alors aux religieux de « guérir les âmes », Lire intra en illustration, l'article de l'Abbé Léon Diouf sur la doctrine de l'Eglise, relativement aux soins des malades.

voire à assurer un service de garde auprès de malades ayant besoin d'un accompagnement thérapeutique. Beaucoup d'ordres religieux ou des congrégations dans leurs contacts premiers avec les populations, ont donc prodigué ce service qui répondait souvent à un besoin de survie pour ces bénéficiaires. Et cette époque d'intervention était particulièrement marquée par des périodes endémiques de propagation de diverses épidémies, qui exigeait une intervention prophylactique d'appui en urgence aux populations. La présence et l'action des religieuses a été donc salutaire.

En effet au 19e siècle, les conditions sanitaires s'étaient beaucoup dégradées dans l'espace colonial africain français notamment au Sénégal : les épidémies se sont multipliées, avec une dizaine d'épisodes de variole ainsi que de fièvre jaune, mais aussi de choléra.

Et dès les premiers moments d'implantation des européens durant la colonisation, il est apparu que le modèle médical de la métropole était inadapté pour l'outre-mer. La médecine curative en usage en métropole, ne pouvait venir à bout de ces terribles endémies qui décimaient les populations locales pendant cette période historique<sup>4</sup>.

En pareil cas, « ... alors que les sociétés africaines utilisaient les ressources de leurs savoirs médicaux pour y faire face, les Européens ont cherché à assurer la protection des comptoirs, des postes et des personnels engagés dans les processus de conquête et d'organisation coloniales. Les mesures d'ordre prophylactique et hygiénique qui sont appliquées dès lors dans les établissements européens comportent fréquemment l'isolement, voire la ségrégation ».

Dès lors la gestion de la crise sanitaire était ainsi une préoccupation majeure dans laquelle, les missionnaires ont œuvré dans les lieux de leur présence pour apporter une réponse face à ces problèmes, et ils s'y engageaient progressivement selon leurs moyens. Leurs dispositifs d'intervention vont se muer au fur et à mesure en de petites unités qui préfigurent les structures de santés actuelles.

On peut citer en exemple à ce titre, l'action menée par les Sœurs de St Joseph de Cluny qui ont créé un dispensaire à Nguet Ndar en 1876, transféré à Ndar Tout par la suite, et un autre à Sor en 1891 ; également elles s'occuperont de l'hôpital militaire de 1819 jusqu' en 1904. Dans le même ordre d'idée on peut noter qu'en 1887 c'est l'édification d'une case de santé par un missionnaire alsacien le Père Strub qui va marquer l'arrivée du christianisme à Popenguine.

---

<sup>4</sup> Ainsi, « durant les deux premiers tiers du 20e siècle, soit la période coloniale, les crises sanitaires restent très nombreuses malgré les progrès de la science médicale et leur utilisation dans certaines parties de l'Afrique » par Charles Becker du CNRS article « **Prolégomènes à une réflexion sur l'État colonial, le droit et la santé dans l'Ouest Africain francophone** » 2001.

Cette action en prémices sur le secteur de la santé par des missionnaires, visera donc à satisfaire un sérieux besoin pour les populations. Et le dévouement missionnaire fondé sur la Foi catholique a profondément justifié cet engagement constant.

Au vu de ce grave état endémique, l'administration va créer le Corps de santé colonial<sup>5</sup>, qui va alors donc innover en créant un service de lutte contre les grandes endémies. Mais cette création n'est pas immédiate cependant et son développement connaît quelques vicissitudes.

Et dans le cadre de la structuration sanitaire progressive de l'administration coloniale, suivant à chaque fois le processus par le développement de ses œuvres de santé, l'église a renforcé quelquefois suppléé, autant que possible avec ses moyens, à la carence des services administratifs de l'époque, sur cet aspect de la santé<sup>6</sup>.

On peut donc affirmer que la prise en charge sanitaire était une composante de l'action missionnaire tout cela conformément à la doctrine de l'église en fidélité à son message de service de l'Amour de Dieu pour les hommes.

Ces prémices d'action pour la santé des populations se développeront ainsi au fur et à mesure de l'évolution de ces œuvres missionnaires et dans les divers lieux de leur implantation dans le pays<sup>7</sup>.

Plus tard c'est le souci de rendre ces premières ébauches d'accompagnement sanitaire plus conforme à la démarche scientifique d'administration des soins et de prise en charge adéquate, qui expliquera la nécessité de les transformer structurellement en unités de soins de santé et bien plus tard encore en dispensaires et centres de santé.

Puis avec le développement de la demande en santé et avec l'extension des postes de cette nature, le besoin d'une meilleure coordination de toutes ces structures naîtra pour leur opérationnalisation.

---

<sup>5</sup> C'est l'expansion coloniale de la fin du 19e siècle qui impose la création du Corps de santé des colonies et pays de protectorat. Cet organisme civil recrute la majorité des médecins de la Marine "en service colonial" et fournit l'ossature du Service de santé des Troupes coloniales qui suivra la création des Troupes coloniales, en 1900. Aux colonnes militaires qui évoluent sur ces territoires se joignent donc des médecins coloniaux qui se voient vite confrontés aux sollicitations des populations locales.

<sup>6</sup> Dispensaire et école constituent alors le diptyque sur lequel s'appuie pères et sœurs pour familiariser les populations à leur présence ainsi qu'à leur message. Autour de ces structures missionnaires s'organise un véritable espace catholique.

<sup>7</sup> « ...de nombreux missionnaires vivant dans des conditions particulièrement misérables...ont atteint la simplicité héroïque des premiers âges de l'Eglise. De plus les missions ont rempli dans cette période surtout en AEF où le Gouvernement leur abandonnait tout le secteur social, une œuvre que très probablement l'administration coloniale n'aurait pas accomplie pour des raisons d'orientations et de cadres. C'est le cas des Frères de Ploermel, des Sœurs de Saint Joseph de Cluny au Sénégal, des Pères Blancs dans l'intérieur. D'innombrables dispensaires ont été bâtis et peuplés de religieuses qui ont poussé l'abnégation souvent jusqu'à l'ultime sacrifice », in Histoire de l'Afrique Noire p.439, Joseph Ki Zerbo, Editions Hatier 1978.

Ainsi viendra à la vie l'Association Nationale des Postes de Santé Catholiques du Sénégal (ANPSCS) selon différentes étapes, jusqu'à sa forme contemporaine. C'est donc la relation de toute cette histoire qui justifie la rédaction de cette publication.

Il est donc à noter que cette action s'est réalisée d'une part en réactivité face aux besoins constatés des populations, mais surtout en référence à la doctrine de foi et d'action de l'église. L'administration coloniale qui était plutôt plus mue par des exigences économiques relatives à l'état de santé de la main d'œuvre<sup>8</sup>, a tout aussi bénéficié de cette œuvre des missionnaires.

Aujourd'hui au-delà de cette réponse précédente aux défis du passé, d'autres exigences nouvelles interpellent l'action catholique dans le secteur de la Santé ; et il appartient désormais à l'ANPSCS d'y apporter les réponses.

---

<sup>8</sup> La politique sanitaire est intégrée dans le vaste programme colonial conceptualisé par Albert Sarraut, qui fut plusieurs fois ministre des Colonies : « Il faut, d'autre part, protéger les races colonisées contre les maladies qui les déciment et diminuent le rendement de cette vaste main-d'œuvre. Ce sera le rôle de l'assistance médicale. » (Albert SARRAUT, *Grandeur et Servitudes coloniales*, Paris, le Sagittaire, 1931.)

## Première partie: La Genèse de l'action catholique dans le secteur de la Santé au Sénégal

### Rappels historiques sur l'arrivée des missionnaires au Sénégal:

L'histoire du Sénégal par de nombreuses fouilles a révélé, une présence humaine très ancienne. Le peuplement s'est probablement organisé à partir de l'empire du Ghana. Et les peuples en migrations se sont installés dans la vallée du fleuve, et ont progressé vers les régions du sud du pays.

Par la suite l'évolution est marquée jusqu'à la conquête coloniale, par une succession de royaumes locaux guerriers et rivaux.

**Les premiers contacts de ces populations du pays avec les missionnaires catholiques débutent par les contacts avec les navigateurs ; elles se poursuivent ensuite dans les comptoirs de commerce à Gorée, Saint Louis, Dakar ; mais c'est surtout l'arrivée des congrégations religieuses motivées par leur Foi, qui va impulser le développement de l'action missionnaire sous ses diverses formes.**

**-Les premiers contacts avec les navigateurs portugais :**

**Dès le XVe siècle avec la venue des Portugais, le christianisme arrive sur les côtes du Sénégal.** Les premiers contacts datent de 1445, époque à laquelle un Vénitien débarque dans la région du cap Vert et s'installe à Gorée.

A l'arrivée des navigateurs portugais à Gorée les royaumes du Djolof, du Walo, du Cayor, du Baol, et du Sine Saloum partiellement islamisés, étaient aussi ancrés dans les religions traditionnelles. Alors les prêtres portugais qui s'occupaient de l'équipage des caravelles en accostant lors des escales de Rio Fresco (Rufisque), Porto Ale (Portudal) et Joala (Joal) annonçaient l'Évangile aux populations pendant les contacts dans ces comptoirs de commerce.

**Entre le XVe et le XVIe siècle, Gorée, Saint-Louis, Rufisque, Joal et Portudal sont donc sensibilisées au message évangélique par les missionnaires qui arrivent, à bord de ces caravelles portugaises.**

**-Ensuite ces contacts se poursuivront avec les débuts de l'implantation européenne dans les comptoirs de commerce:** Avec la seconde moitié du XVIe siècle caractérisée par la période de la traite des esclaves, arrivent donc les Français, les Anglais, les Hollandais, et les Portugais. Mais les conditions de l'évangélisation précédente changent après la perte de l'indépendance du Portugal qui vit maintenant sous tutelle espagnole, d'où la réduction de son trafic. Toutefois les navires néerlandais croisent toujours le long des côtes

africaines et donc les contacts se poursuivent. Et en 1617, les Hollandais occupent ainsi Gorée et y construisent le Fort de Nassau.

En 1638, les français<sup>9</sup> occupent l'embouchure du fleuve Sénégal, fondent la ville de Saint-Louis. **Les prêtres à cette époque faisaient partie du personnel des compagnies commerciales<sup>10</sup>.**

Pareille situation prévaudra jusqu'au départ du Chevalier de Boufflers en 1787, et à partir de cette date la situation religieuse<sup>11</sup> s'aggrave et va s'empirer pendant l'occupation anglaise **où faute de prêtres, les laïcs assurent eux-mêmes baptêmes et sépultures<sup>12</sup>.**

### **-Les débuts de l'organisation de l'action missionnaire sur le territoire:**

De 1816 à 1856, 12 préfets apostoliques se succèdent sur le siège de Saint Louis. Arrivées au Sénégal en 1819<sup>13</sup>, les sœurs de Saint Joseph de Cluny<sup>14</sup> ont tenté de mettre sur pied une école<sup>15</sup> de filles aussitôt. Une école des garçons existait déjà à Saint Louis. En 1841, les frères du Ploërmel arrivent à Saint-Louis

---

<sup>9</sup> En 1659, Louis Gaultier établit dans l'île de Ndar un corps de Logis baptisé Saint Louis.

<sup>10</sup> Au départ si la présence de prêtres est attestée dans les comptoirs depuis leur fondation, ceux-ci n'ont pas mission de christianiser les Africains. Ils ne sont chargés que de célébrer les offices dans la chapelle du fort. A Saint-Louis et à Gorée, la population, à l'origine animiste, s'est progressivement islamisée sous l'influence des royaumes musulmans de l'intérieur qui ont envoyé de nombreux marabouts sur les côtes. Au début du XIXe siècle, la quasi-totalité de la population est musulmane, même si des pratiques animistes demeurent. Seuls les Européens, quelques métis, ainsi qu'un très petit nombre de noirs, les "gourmettes", employés par ces négociants, adhèrent au catholicisme, souvent de manière très symbolique : une pièce du fort faisant fonction de chapelle suffit pour les accueillir, une fois par semaine. Cf : villes coloniales et comptoirs, Saint Louis...p.131

<sup>11</sup> Les premiers négociants européens qui se fixent ne cherchent pas à reproduire des signes de leur société. Ils veulent avant tout s'enrichir et n'ont que faire de respecter les règles d'une société qui les a souvent rejetés. C'est la loi du plus fort qui règne pour ces exclus qui traitent les esclaves comme du bétail. Si les officiers envoyés par les compagnies n'ont pas toujours des origines aussi douteuses, ils subissent souvent l'influence du "milieu". Les côtes africaines deviennent une terre d'exil pour toutes sortes de parias, brigands de grand chemin ou fils de familles déchus, où chacun aspire à devenir un despote. Pendant longtemps, la présence des Etats européens sera totalement inexistante. Elle n'apparaîtra que dans les drapeaux hissés en haut d'un mat de fortune qui domine l'habitation du représentant de la compagnie de commerce. Cf : histoire des villes coloniales et comptoirs p21

<sup>12</sup> Le caractère endémique de certaines maladies qui déciment les populations, et en particulier les Occidentaux qui y résident, renforce cette représentation négative « du milieu de vie ». Dans ce contexte, ceux qui s'y établissent n'y demeurent que quelques années et ne s'éloignent guère des enceintes fortifiées. Leurs seules incursions se font par les fleuves navigables, où sont transportés les produits de la traite. Les forts ou "habitations fortifiées" sont les premiers et, pendant longtemps, les seuls investissements matériels des Occidentaux. L'économie de traite reposant uniquement sur le prélèvement d'une force de travail et sur la diffusion de produits manufacturés, il n'est pas nécessaire de construire certains services pour les habitants des comptoirs, et a fortiori, pour les "indigènes". Cf : histoire des villes coloniales et comptoirs p.23

<sup>13</sup> La population des comptoirs est régulièrement décimée par les fièvres et par les épidémies. De plus. Les habitations de paille s'enflamment fréquemment en raison des foyers allumés à l'intérieur : les incendies détruisent des centaines de cases et peuvent détruire aussi les quelques investissements matériels réalisés sur place

<sup>14</sup> Voir ci-dessous les circonstances de leur arrivée au Sénégal.

<sup>15</sup> Leurs premières interventions furent orientées cependant dans le domaine de la santé, tel que décrit ci-dessous.



et prennent en charge l'enseignement primaire. **L'arrivée des congrégations crée donc un souffle missionnaire nouveau<sup>16</sup>.**

**Entre 1854 et 1864, c'est la présence du Gouverneur Faidherbe qui marquera le début de la colonisation effective** et il étend les possessions françaises, non sans se heurter à des résistances féroces. **Faidherbe met ainsi en place une administration coloniale<sup>17</sup>.** Il est à noter cependant que la colonisation française a été, avant tout, administrative et économique.

A partir de la Révolution française, **la laïcité est appliquée aux conquêtes territoriales françaises, les nombreux missionnaires, envoyés par l'Eglise de France ou le Vatican, ne sont plus associés aux administrateurs locaux et seront même gênés dans leurs actions.**

## **I/la genèse au Sénégal durant l'époque coloniale, des activités de santé, des communautés missionnaires catholiques.**

**.L'action précurseur de la Bienheureuse<sup>18</sup> Mère Anne Marie Javouhey<sup>19</sup>**

Le contexte historique de l'intervention coïncide avec la fin de l'esclavage<sup>20</sup> et se caractérise par une réduction des moyens économiques de l'administration coloniale en résultant<sup>21</sup>.

En effet dès 1819 le Sénégal devient une étape missionnaire<sup>22</sup> pour la Congrégation des Sœurs de Saint Joseph<sup>23</sup> de Cluny<sup>24</sup>, et la Fondatrice la

---

<sup>16</sup> C'est sous une souscription lancée en 1820, que le Baron Roger, qui a édifié le "château" de Richard Toll, plus en amont sur le fleuve, fera construire la cathédrale de Saint-Louis<sup>16</sup>. Elle sera terminée en 1828, deux ans avant l'église Saint Charles Borromée de Gorée.

<sup>17</sup> Il collabore avec les missionnaires pour le développement de l'activité agricole, avec le projet de culture de coton à Ngazobil, qui n'aboutira pas au succès escompté.

<sup>18</sup> Elle a été proclamée Bienheureuse le Dimanche 15 octobre 1950 par le Pape Pie XII.

<sup>19</sup> « Etre partout où il y a du bien à faire ». Pensée de la Bienheureuse Mère Anne Marie Javouhey.

<sup>20</sup> L'esclavage est interdit dans les pays européens en 1815. L'abolition définitive aura lieu en 1848 avec l'avènement de la Deuxième République en France.

<sup>21</sup> La population des comptoirs est régulièrement décimée par les fièvres et par les épidémies. De plus. Les habitations de paille s'enflamment fréquemment en raison des foyers allumés à l'intérieur : les incendies détruisent des centaines de cases et peuvent détruire aussi les quelques investissements matériels réalisés sur place. C'est une situation de précarité qui caractérise les populations autochtones.

<sup>22</sup> Les missionnaires du Saint Esprit avaient déjà l'autorisation de s'y installer bien avant, dès 1779 voir les ouvrages de J. R. de Benoist, *Histoire de l'église catholique au Sénégal, du milieu du XV<sup>e</sup> siècle à l'aube du troisième millénaire*, Paris, Karthala et Clairafrique, 2008, p. 88. Et J.S. de La Tourasse, *De la Colonisation du Sénégal*, Paris, Arthur Savaète, 1897, p. 31. Mais la Préfecture apostolique de Saint Louis peinera à démarrer ses activités jusqu'en 1820. Mais bien des occasions permettront ensuite une collaboration utile entre les deux Congrégations notamment dans l'œuvre d'éducation, dont la création du premier séminaire par la Mère Javouhey à la suite de l'idée émise sur ce plan par l'Abbé Baradère.

<sup>23</sup> Ces différentes notes ci-dessous relatives à la Mère Anne Marie Javouhey et de la Congrégation des Sœurs de Saint Joseph de Cluny sont tirés de fascicules édités par cette institution sur la vie et l'œuvre de la Fondatrice.

Bienheureuse Mère Anne Marie<sup>25</sup> envoie à la demande du Gouverneur Schmaltz<sup>26</sup> qui y était en poste, un contingent de 7 religieuses sous la houlette de sa propre sœur du nom de Claudine, en religion Mère Rosalie. L'installation sera très dure, et l'accueil source de détresse par défaut d'accompagnement par la hiérarchie religieuse catholique locale et par manque de soutien par l'administration. L'hôpital<sup>27</sup> qui leur fût proposé<sup>28</sup> était dans un état lamentable. Les sœurs se sentent spirituellement abandonnées et en font une relation à la Mère Javouhey qui en est profondément affectée. C'est cela qui motivera sa décision de se rendre elle-même au Sénégal sur place pour prendre les initiatives nécessaires. Ainsi le 1<sup>er</sup> février 1822 elle s'embarque secrètement en direction du Sénégal ; elle envoie en retour, la Mère Rosalie en France à son arrivée, dans le courant de l'année 1822<sup>29</sup>.

Les Sœurs de St Joseph de Cluny créeront un dispensaire<sup>30</sup> à Nguet Ndar<sup>31</sup> en 1876<sup>32</sup>, transfère à Ndar Tout<sup>33</sup> par la suite<sup>34</sup>, et un autre à Sor en 1891<sup>35</sup>, enfin elles s'occuperont de la réorganisation de l'hôpital<sup>36</sup> militaire jusqu' en 1904.

---

<sup>24</sup> Dès 1810 la Congrégation des Sœurs de St Joseph de Cluny est confronté à mener une action hospitalière en effet avec les défaites de Napoléon, la guerre d'Espagne tourne au désastre et les blessés du champ de bataille affluent à Autun où se trouve le couvent des religieuses ; la Mère Javouhey va alors le transformer en hôpital et s'y dévoue si bien qu'elle a risqué d'y mourir atteinte par le typhus. Cela est d'ailleurs conforme à ses statuts reconnue par une ordonnance royale de Louis XVIII 12 mars 1819 comme Congrégation hospitalière, et enseignante. Pour travailler au soulagement des pauvres et des malades et l'instruction de la jeunesse, tant en France que dans les colonies françaises.

<sup>25</sup> Après l'installation des religieuses à la Réunion, la Mère Javouhey s'attache à consolider ses communautés de France. A cette époque le Ministre Lainé insiste auprès d'elle pour que la Mère envoie des religieuses au Sénégal, la France a en effet récupéré cette possession africaine à la Restauration, mais son état économique et social reste peu développé.

<sup>26</sup> Ce Gouverneur est en fonction au Sénégal dès 1816, il a vécu le naufrage de la Méduse.

<sup>27</sup> Cette décision n'est pas fortuite au vu de l'expérience des religieuses. Voir note n°24 ci-dessus.

<sup>28</sup> Ces soins étaient destinés d'abord aux soldats et aux personnels de la compagnie commerciale malades ; mais les religieuses vont par la suite délibérément s'orienter vers les soins des populations autochtones.

<sup>29</sup> Dans cette époque plus exactement en 1826, Saint Louis comptait environ 10 000 habitants.

<sup>30</sup> La situation sanitaire à cette époque demeure objectivement inquiétante...Les épidémies de fièvre jaune sont particulièrement meurtrières pendant la saison des pluies... Le paludisme endémique dans la région... La profusion de maladies contre lesquelles les médecins ne savent pas lutter renforce la représentation négative de la colonie. Cf: Comptoirs et Villes coloniales du Sénégal, Alain Sinou p91

<sup>31</sup> Il s'agit du lieu toujours existant à Saint Louis et qui constitue le regroupement des pêcheurs : Il est noté à son égard dans l'ouvrage « Villes coloniales et comptoirs » p44, que « une communauté de pêcheurs a établi de manière temporaire d'abord, un campement sur la Langue de Barbarie, entre l'océan et l'île. Ce campement devient un établissement permanent à la fin du XVIIIe siècle. Il réunit les pêcheurs qui approvisionnent en poisson la population du comptoir et les piroguiers qui assurent les passages entre la côte et les navires mouillés en mer ».

<sup>32</sup> Saint Louis comptait alors plus de 12 000 habitants.

<sup>33</sup> Ces deux expériences de Nguet Ndar et Ndar Tout doivent être considérées comme les premières implantations de dispensaires catholiques au Sénégal.

<sup>34</sup> Ce dispensaire de Ndar Tout existe toujours jusqu'aujourd'hui.

<sup>35</sup> Ces implantations manifestent le choix délibéré des religieuses d'aller vers populations souffrantes et défavorisées, sans penser à leur état personnel.

<sup>36</sup> Parallèlement à l'action en santé, les religieuses débiteront des œuvres d'éducation en direction des filles à Gorée puis à Saint Louis.

On peut considérer que l'œuvre missionnaire catholique en santé aura débuté par ces actions dès 1819 au Sénégal.

La Mère Javouhey arrivée au Sénégal en 1822 restera en Afrique 2ans et demi, allant jusqu'en Gambie en 1823 (Sainte Marie) et Sierra Leone en 1824, où elle s'attachera dans chacun de ces deux pays à la réorganisation d'un hôpital ; et au-delà de la santé son action missionnaire au Sénégal, installera des activités éducatives<sup>37</sup> et des activités agricoles notamment à Dagana en 1823 sur les bords du fleuve Sénégal. A force de soigner les pauvres gens atteints de mauvaises fièvres, la Mère Javouhey, tomba malade et ne doit son salut qu'aux vertus d'une plante locale le « quinquéliba »<sup>38</sup> qui lui fût administrée, par une jeune esclave peule<sup>39</sup> qu'elle aura affranchi et baptisée du nom de Florence. En février 1824 la Mère Javouhey regagne la France, accompagnée de Florence qui y décédera à l'âge de 17 ans du fait des rigueurs du climat (froid) qu'elle n'a pas pu supporter.

En plus de l'action de la Mère Anne Marie Javouhey les autres congrégations religieuses vont suivre par la suite, et mener des actions sur le plan de la santé ; ce seront d'abord principalement les Sœurs de l'Immaculée Conception, puis celles des Filles du Saint Cœur de Marie et enfin diverses autres implantations missionnaires dans différentes localités du pays.

#### **.les autres communautés missionnaires et leur action dans la santé:**

##### **-La Congrégation des Sœurs de l'Immaculée<sup>40</sup> Conception<sup>41</sup>:**

On peut dater leur action dans ce domaine de la santé, en l'année 1848, correspondant à leur arrivée au Sénégal ; car les actions en soins (visites et soins aux malades) débiteront dès leur installation à Dakar à partir du 11 avril 1848 auprès des populations locales ; cela en plus d'autres activités. C'est de leur base de Dakar qu'elles entameront leur installation progressive vers l'intérieur du pays. Et ainsi elles s'installeront ensuite en 1945 à Mont Rolland<sup>42</sup>

---

<sup>37</sup> Création d'écoles de jeunes filles à Gorée, Saint Louis, d'un petit séminaire, qui constituera le cadre de formation des trois premiers prêtres sénégalais.

<sup>38</sup> Cette histoire de vie démontre aussi que la pharmacopée locale avait un usage bénéfique pour les populations, en l'absence de la médecine moderne apportée avec la colonisation.

<sup>39</sup> C'est d'ailleurs Mère Rosalie sa jeune sœur qui la lui a offerte.

<sup>40</sup> Les Sœurs de la Congrégation de l'Immaculée Conception sont arrivées au Sénégal plus précisément à Gorée le 11 janvier 1848, dans l'attente d'obtenir un lieu propre d'hébergement elles sont accueillies par les religieuses de la Congrégation des Sœurs de Saint Joseph de Cluny à Gorée.

<sup>41</sup> La dite Congrégation a été fondée le 8 décembre 1836 à Castres par la Bienheureuse Mère Marie Emilie de Villeneuve béatifiée le 5 juillet 2009, et qui est née à Toulouse, en France, le 9 mars 1811, décédée ensuite le 2 octobre 1854 à Castres.

<sup>42</sup> Il est situé dans la région administrative actuelle de Thiès.... « La ville de Mont-Rolland figure parmi les plus anciennes cités religieuses catholiques du Sénégal, pour avoir reçu le christianisme en 1893 et a également la plus vieille église de la région de Thiès", a indiqué l'Abbé Augustin Thiaw », dans une allocution relatée par l'APS.

y fondant un dispensaire encore existant jusqu'à ce jour ; puis cette action sera suivie d'autres postes de santé après l'indépendance du pays<sup>43</sup>.

### **-Les Filles du Saint Cœur de Marie :**

Le souci de la création d'un ordre religieux à base autochtone a toujours été une préoccupation des premiers missionnaires. A ce titre la naissance de la congrégation des Filles du Saint Cœur de Marie est fondée sur cette volonté. Et Monseigneur Kobès<sup>44</sup>, qui dès 1849 a commencé à organiser la mission de la Sénégambie, réalisera donc l'idée<sup>45</sup> par la création de cet ordre religieux. Les religieuses dès lors se dévoueront sur tous les appels de l'action notamment le soutien des populations sur la santé. Ainsi tour à tour seront réalisées des dispensaires à leur charge : ELANA (1948); PALMARIN (1951).

### **-Les Sœurs Franciscaines Missionnaires de Marie :**

**En mars 1948**, le premier groupe des sœurs débarquent à Dakar, appelées pour le service des malades à l'Hôpital Principal<sup>46</sup>. En janvier 1949, sur la demande du grand chef religieux musulman de Dakar, Serigne El Hadj Seydou Nourou Tall, un deuxième groupe des sœurs s'insère à l'hôpital central Africain<sup>47</sup> devenu Hôpital Aristide le Dantec<sup>48</sup> et CHU.

---

<sup>43</sup> Voir le tableau récapitulatif sur ladite période.

<sup>44</sup> La grande préoccupation de Monseigneur Kobès restera la formation d'un clergé indigène, indispensable pour assurer les lendemains de la mission. Il rêve d'avoir près de sa maison épiscopale un grand séminaire, où lui-même veillerait sur la formation de ses futurs prêtres. Sa joie sera profonde lorsqu'il pourra ordonner, le 31 juillet 1864, le premier prêtre africain formé en Afrique, l'abbé Guillaume Jouga, dont la valeur devait être un heureux présage. Cette même joie se renouvellera quatre fois encore. Un autre grand moment dans la vie si bouleversée du Vicaire Apostolique fut la fondation d'une congrégation religieuse indigène, les "Filles du Saint-Cœur de Marie." En 1860 deux jeunes filles venues de Gorée faisaient leur profession religieuse ; à la mort du prélat elles étaient vingt-huit Sœurs professes. Dakar fut leur premier champ d'apostolat, avec la charge d'un orphelinat et l'enseignement du catéchisme dans les villages.

<sup>45</sup> La Mère Javouhey avait déjà envoyé en France en 1825 huit enfants noirs, rejoints en 1827 par 10 autres Sénégalais, dans le dessein de former des prêtres ou des instituteurs. De ces deux groupes de jeunes, trois séminaristes seulement devaient arriver à la prêtrise: MM. David Boilat, Arsène Fridoil et Pierre Moussa. -- A l'abbé D. Boilat nous devons: "Esquisses sénégalaises; Physionomie du pays; Peuplades ; Commerce; Religions; Passé et avenir ; Récits et légendes; avec un atlas". Paris, P. Bertrand libr. édit., 1853. "Grammaire wolof", sur les Presses de l'Etat, 1858.

<sup>46</sup> Il est après celui de Saigon (1873), le deuxième hôpital colonial construit, ce à partir de 1890 comme hôpital militaire mais s'accroît de façon considérable, sa capacité dépasse les 600 lits. L'hôpital perd alors son caractère militaire et s'ouvre à tous.

<sup>47</sup> en 1912, un grand hôpital pour les indigènes est créé, doté de personnels du corps de santé colonial. C'est un hôpital d'assistance où sont admis les autochtones indigents. Il reçoit le nom de Le Dantec.

<sup>48</sup> Médecin militaire du Service de Santé des Troupes coloniales, il créa, en 1918, l'Ecole de Médecine de Dakar appelée à rendre d'inappréciables services.

Les Sœurs planteront ensuite le dispensaire SAINT MARTIN<sup>49</sup> de Rebeuss (1955) et la Pouponnière de Médina (1955), œuvre d'appui à l'action hospitalière et sociale.

**-Diverses autres implantations des missionnaires suivront ensuite :**

BRIN (1951) : par les Sœurs de l'institut Saint Joseph  
SAINTE ANNE (1956) par les Sœurs Dominicaines du Cœur Immaculée de Marie.  
SARE MOUSSA: KOLDA (1957) par les Sœurs de Joseph de Nancy  
DIOHINE (1957) Filles du Saint Cœur de Marie  
BALANDINE (1958) par les Sœurs de la Présentation de Marie  
MBODIENE (1958) par les Sœurs de Saint Thomas de Villeneuve  
MLOMP (1958) par l'Institut St Joseph  
NOTRE DAME DU CAP-VERT : Pikine (1959) par les Sœurs Missionnaires de la Société de Marie.

TABLEAU RECAPITULATIF DES IMPLANTATIONS DE POSTES DE SANTE PAR LES MISSIONNAIRES EN PERIODE COLONIALE

En 1819 intervention des Sœurs de Saint Joseph de Cluny à l'hôpital militaire de Saint Louis qui aboutira à sa totale réorganisation en 1904 ; puis première implantation de dispensaire à NDAR TOUT à partir de 1876 ; et ensuite 13 autres Postes de Santé seront créés durant la période coloniale de 1945 à 1959

NB : 1955 création de la Pouponnière par les Sœurs Franciscaines Missionnaires de Marie, œuvre d'appui à l'action hospitalière et sociale.

1848 premières actions en santé Sœurs de l'Immaculée conception à Dakar puis création de dispensaire à MONT ROLLAND (1945) ; ELANA ensuite (1948) Filles du St Cœur de Marie ; PALMARIN (1951) Filles du St Cœur de Marie ; BRIN (1951) Sœurs de l'institut Saint Joseph ; SAINT MARTIN : Rebeuss (1955) Franciscaines Missionnaires de Marie ; SAINTE ANNE (1956) Sœurs Dominicaines du Cœur Immaculée de Marie ; THIADIAYE (1956) Dakar ; SARE MOUSSA : KOLDA (1957) Sœurs de Joseph de Nancy ; DIOHINE (1957) Filles du Saint Cœur de Marie ; MBODIENE (1958) Sœurs de Saint Thomas de Villeneuve ; BALANDINE (1958) Sœurs de la Présentation de Marie ; MLOMP (1958) Institut St Joseph ; NOTRE DAME DU CAP-VERT : Pikine (1959) Sœurs Missionnaires de la Société de Marie

**-Bilan de l'action des missionnaires dans la construction du système de santé<sup>50</sup> du Sénégal de l'époque coloniale à l'indépendance ;**

<sup>49</sup> Le dispensaire Saint Martin, Il a été créé en 1955. Tenu de 1955 à 1999 par les Sœurs Franciscaines missionnaires de Marie. Il est passé sous la responsabilité de l'Institut des Filles du saint cœur de Marie. Il est situé en plein centre-ville dans le quartier de Rebeuss. Le poste de santé couvre une population assez démunie d'autochtones, d'immigrés, de réfugiés venant de la sous-région, des femmes et des enfants issus de l'exode rural.

Les missionnaires religieux dans toute cette évolution historique ci-dessus évoquée, ont toujours appris des difficultés et défis rencontrés (dont notamment l'absence de moyens, et les oppositions de toutes sortes) ; donc l'avancée progressive de leur démarche n'a pas été sans de dures contraintes, bien au contraire.

Mais dans l'ensemble, pendant toute cette action menée dans la santé comme l'éducation durant la période coloniale, « les missionnaires ont joué un rôle positif non négligeable, parfois même en entrant en conflit avec l'administration coloniale locale, en particulier dans le domaine social. »<sup>51</sup> Et pour l'essentiel, « les missions chrétiennes ont été l'un des principaux leviers de l'évolution sociale, intellectuelle et morale de ces pays. »<sup>52</sup>

Il serait donc juste, de parler de convergence d'intérêts entre l'église et le colonisateur sur cette action relative à la santé, plutôt que de complicité. Car le colonisateur a peut-être retrouvé des éléments de ses missions dans le programme de l'église...et a apporté un appui selon ses intérêts. Et c'est d'ailleurs pourquoi il y a souvent eu des heurts entre l'église et l'administration coloniale.<sup>53</sup>

Au total ce qui caractérise le système de santé durant la période coloniale<sup>54</sup>, c'est d'une part la nécessité de la structuration institutionnelle et infrastructurelle des services de santé de la colonie, et d'autre part la lutte contre les grandes endémies de l'époque.

Les missionnaires catholiques par leur action menée et relatée ci-dessus, y contribueront en grande partie par leur implantation progressive en appui, leurs services rendus aux populations, avec abnégation et dévouement jusqu'au sacrifice.

Tous ces efforts des différentes communautés missionnaires ont donc fait, que déjà à l'indépendance du pays, la carte de la présence sanitaire de l'action des

---

<sup>50</sup> « L'institution catholique devient alors, après la réorganisation de l'Assistance Médicale Indigène en 1930, un partenaire de circonstance capable de dépasser les carences de l'entreprise coloniale ». Cf : <https://www.cairn.info/revue-histoire-monde-et-cultures-religieuses> p10

<sup>51</sup> « Ils encouragèrent la libération des jeunes filles...Des troubles s'en suivent que les autorités locales auraient souhaité ne pas voir. D'autres administrateurs transportant les querelles laïcistes de la France en Afrique voyaient dans les missionnaires des gens qu'ils fallait brider...Des questions de personnalités intervinrent aussi et la collaboration habituelle du commandant et du missionnaire fût traversée d'orages spectaculaires. » In Histoire de l'Afrique Noire, Joseph Ki Zerbo page 439.

<sup>52</sup> In Histoire de l'Afrique Noire, Joseph Ki Zerbo page 439.

<sup>53</sup> L'action missionnaire sera contrecarrée à partir de 1875 et gravement compromise dès 1903 par l'attitude hostile du Gouvernement français de l'époque, dont la politique anticléricale, aboutit à la fermeture des écoles et au départ de nombreux religieux et religieuses.

<sup>54</sup> Voir l'article de présentation de l'histoire de la médecine coloniale écrit d'une part par l'ASNOM et du Pr J.F. Blanc Professeur du service de Santé des A. <http://www.troupesdemarine.org/traditions/histoire/hist012.htm>; et aussi surtout [http://www.asnom.org/oh/fr/0310\\_historique](http://www.asnom.org/oh/fr/0310_historique)

dites communautés se déployait dans le pays ; et la prise en charge des populations au plan de leur sante était effective et indispensable, grâce à la proximité d'installation de ces structures auprès des plus défavorisées et malgré le coût modique en retour offert de leur part à cette activité.

Cette action et cette présence dénote de l'importance de la place de ces communautés missionnaires dans la construction de l'infrastructure sanitaire de ce pays en termes de nombre de structures créées, de personnels formés, et de populations prise en charge et toujours en appui à l'administration.

Enfin dans toute cette action les missionnaires ont en plus payé un lourd tribut au plan humain ; et c'est pourquoi il serait utile de savoir d'où résulte la force de la conviction qui aura animé leur volonté inébranlable.

La bonne connaissance de toute cette évolution historique et sociale de l'action de l'Eglise dans le secteur dans la santé au Sénégal, et du dévouement qui l'a caractérisé<sup>55</sup>, justifie donc de faire une station d'étude du fondement spirituel motivant cet engagement.

L'Abbé Léon Diouf, Adjoint au Vicaire épiscopal, à la Formation nous enseigne par les développements d'un texte de sa production, le fondement doctrinal de la FOI Catholique justifiant cette attention voué à l'homme en souffrance, en maladie<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> Les souffrants réclament la sollicitude des religieuses il semble aisé de voir dans les qualités d'accueil et d'organisation, renforcées par une ambiance singulière, le succès des soins catholiques. Cf : <https://www.cairn.info/revue-histoire-monde-et-cultures-religieuses> p10

<sup>56</sup> Voir le dit texte en annexe.

## II/la création l'ANPSCS dans la période contemporaine, une perpétuation de l'action missionnaire en santé.

Après l'indépendance du Sénégal acquise en 1960, le rôle des communautés missionnaires reste toujours fondamental dans la contribution à une politique de soins efficace et effective,<sup>57</sup> cela par la continuation progressive de la construction des infrastructures de santé<sup>58</sup>, aussi par des dons de médicaments, et enfin par la collaboration avec des partenaires pour obtenir des moyens pour satisfaire les besoins thérapeutiques des populations.

**Dès lors le rôle déjà entamé bien avant l'indépendance reste encore actuel et fondamental, pour le bien des populations bénéficiaires.**

C'est dans le respect de cette ligne directrice définie **que ces structures seront adhérentes par la suite de l'ANPSCS**, qui intégrera cette conviction fondamentale ci-dessus précisée. Cela se caractérisera dans la dynamique d'évolution de cette association, et se reflétera par son choix de l'installation de ses structures auprès des populations autochtones, souffrantes et défavorisées ; également principalement dans les zones rurales ; et enfin par toujours une offre de soins tenant compte des faibles moyens des bénéficiaires, et dispensée dans une sollicitude aimante.

Mais la création de l'ANPSCS ouvre un nouveau rôle qui pour mieux le comprendre, exige de procéder au préalable à une description du contexte politique économique et social de l'époque post colonial, relativement à la prise en charge du secteur de la santé.

### **A- Aperçu sur la période de l'indépendance et les évolutions du système sanitaire national.**

#### **La nouvelle détermination politique de la prise en charge de la santé :**

L'État est le garant de l'intérêt général, et à ce titre doit être soucieux de garantir à l'ensemble de la population, l'accès à des services de santé de qualité.

Le Sénégal dès son indépendance a donc très vite compris l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique. C'est pourquoi le pays au point de vue légal a d'abord réaffirmé cette volonté de le promouvoir par des options

---

<sup>57</sup> Après l'indépendance acquise en 1960, le rôle des autorités confessionnelles reste fondamental dans l'établissement d'une politique de soins effective et efficace cela toujours, face encore aux déficiences de l'action médicale étatique.

<sup>58</sup> Ainsi jusqu'en 1970 le nombre de postes de santé et structures annexes sera de 32 ; voir les tableaux récapitulatifs.



claires, notamment par l'affirmation du principe du droit à la santé<sup>59</sup> notamment à l'article 14<sup>60</sup> de la constitution du Sénégal<sup>61</sup> de l'époque.

Toutefois la réalisation effective de ce droit ainsi consacré au profit de l'ensemble de la nation, va exiger des réformes structurelles profondes dont en premier lieu le nouveau découpage administratif du territoire ; et cela motivera les réformes engagées par la suite à cet effet.

## **1°/L'organisation territoriale et institutionnelle post indépendance du secteur de la Santé**

Ayant bénéficié au départ de tous les acquis infrastructuraux et institutionnels de la période coloniale ; le Sénégal choisira en premier lieu dès l'indépendance de modifier le système colonial d'administration du territoire, pour asseoir une réorganisation administrative<sup>62</sup> plus responsable du destin national des populations sénégalaises.

Et la politique de santé devait épouser les contours de cette nouvelle structuration administrative, pour ensuite mieux réaliser ses objectifs.

Ainsi donc dès l'indépendance, par la loi N° 60-15 du 13 janvier 1960, l'organisation coloniale de l'administration territoriale sera modifiée<sup>63</sup>. La loi N° 60-15 remplace alors les anciennes structures coloniales dans l'ordre, par des régions, des cercles et des arrondissements administrés respectivement par des gouverneurs de région, des commandants de cercle et des chefs d'arrondissement.

Le gouverneur à cette époque, inspecteur régional de l'Administration avait une fonction d'animation, de contrôle et de coordination. Mais le représentant

---

<sup>59</sup> Le droit à la santé est consacré par des traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme et par des constitutions nationales dans le monde entier.

La Constitution de l'OMS de 1948, proclame que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain et exige la couverture universelle en soins de santé et la notion de santé pour tous est définie dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978.

<sup>60</sup> C'est aujourd'hui l'article 17 alinéa 2 dans la nouvelle Constitution du 7 janvier 2001 en vigueur.

<sup>61</sup> Et ensuite par la ratification des textes internationaux, consacrant le dit principe tels que la déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) dans son article 12 ; la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979); en ses Articles 12-1 & 2 ; la Convention des Droits de l'Enfant adoptée en 1989 ; La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981) en son Article 16-2 ; L'Accord des Chefs d'Etat des pays membres de l'Union Africaine adopté en 2001 à Abuja par lequel ils s'engagent à consacrer 15% de leur budget national au secteur de la santé, d'ici à 2015, reconnaissant ainsi l'importance de la santé pour le développement économique et social de leurs pays.

<sup>62</sup> A ce titre il a d'abord été mis en place une administration dite de développement. Et en 1972, une administration dite de développement et de participation.

<sup>63</sup> En effet Le territoire était divisé en cercles, chaque cercle en subdivisions et chaque subdivision en cantons. Ces circonscriptions étaient dirigées respectivement par des commandants de cercle, des commandants de subdivision et des chefs de canton.

réel de l'autorité centrale était le commandant de cercle. Le chef d'arrondissement était le représentant du commandant de cercle.

En 1964, le décret N° 64-282 du 3 avril substitue le département et le préfet au cercle et au commandant de cercle. Il donne ensuite au gouverneur une véritable autorité sur le préfet<sup>64</sup>.

Avec encore la Réforme de 1972, on passe de l'administration de développement à l'administration de développement et de participation<sup>65</sup>.

La loi N° 72-02<sup>66</sup>, en effet, divise le territoire de la République en régions. Chaque région est divisée en départements, à l'exception de celle du Cap-Vert qui est dotée d'un statut particulier. Chaque département est divisé en communes d'une part et en arrondissements d'autre part. Chaque arrondissement est divisé en communautés rurales.

La région du Cap-Vert est entièrement communalisée<sup>67</sup> c'est-à-dire que le territoire de la commune de Dakar et celui de la région du Cap-Vert coïncident. C'est le décret N° 72-895 du 21 juillet 1972, qui fixe l'organisation administrative de la région du Cap-Vert. Il divise cette région, non en départements, mais en circonscriptions urbaines.

La constitutionnalisation du principe de libre administration des collectivités locales sera instituée par la (loi constitutionnelle n°94-55 du 15 juin 1994) et les lois décentralisatrices de mars 1996 ont élargi et approfondi la décentralisation qui a promu le rapprochement entre l'administration et les administrés, impulsé le développement communautaire et accru l'efficacité de l'utilisation des ressources publiques. Le désir de responsabiliser pleinement les

---

<sup>64</sup> Le niveau de recrutement du chef d'arrondissement devient plus élevé ce qui a permis de renouveler un personnel dont un grand nombre des membres étaient fortement marqués par la mentalité et les méthodes coloniales.

<sup>65</sup> Dans chacune de ces réformes, le souci de base a été la décolonisation des structures et des mentalités. En même temps, les pouvoirs publics ont cherché à renforcer l'unité nationale par un découpage des circonscriptions administratives transcendant les problèmes relatifs aux ethnies et aux anciennes provinces. L'animation rurale et urbaine, pendant tout ce temps, a sensibilisé les masses et a créé en leur sein une attitude critique vis-à-vis de l'administration et de l'autorité administrative qui ne devait plus être qu'un fonctionnaire, d'autorité certes, mais plus. La participation, durant toute cette période, n'a jamais été absente mais le maître mot était le développement, et la participation, au niveau local, était une participation au développement à travers des structures extra-administratives.

<sup>66</sup> La Réforme de la loi N° 72-02 du 1er février 1972 relative à l'organisation de l'administration territoriale est entrée en vigueur : dans la région de Thiès le 1er juillet 1972, dans la région du Cap-Vert le 1er décembre 1972, dans la région du Sine Saloum le 1er juillet 1974, dans les régions de Diourbel et Louga le 1er juillet 1976, dans la région de la Casamance le 1er juillet 1978. Sur les huit régions que compte la République, six ont été réformées. Les deux autres, les régions du Fleuve et du Sénégal oriental seront, en principe, réformées avant la fin de l'année 1982.

<sup>67</sup> Sous le régime colonial, il existait une certaine politique de création de communes. Après l'indépendance, le régime municipal a également été réformé.

collectivités locales est traduit par la loi transférant certaines compétences<sup>68</sup> aux régions, aux communes et aux communautés rurales.

**Le découpage sanitaire va s'incruster dans le découpage administratif ci-dessus défini et comprend : les régions médicales et les districts sanitaires.**

Plus clairement, le système de santé du Sénégal est bâti sur une structure pyramidale : avec un Niveau Central, qui regroupe le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions et les Services rattachés ; ensuite suit un niveau intermédiaire comprenant les régions médicales, et enfin un niveau périphérique constitué des districts sanitaires.

**Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, alors que plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département.**

La région médicale et le district sanitaire ne disposent pas de personnalité morale spécifique.

**Ils relèvent directement du niveau central du Ministère de la Santé.**

**Au-delà du découpage administratif, des évolutions seront aussi notées depuis l'indépendance, au plan des infrastructures de santé et sur les ressources humaines de ce secteur, car l'accent sera mis sur le développement de la carte de santé.**

A ce titre en 1993, le nombre des postes de santé va passer de 201 à 639, dont 60 réalisés par les collectivités locales, le nombre d'hôpitaux de 7 à 17. Le personnel de santé, tous secteurs confondus, va aussi augmenter malgré qu'il est inégalement réparti<sup>69</sup>.

## **2°/La politique de Santé post indépendance, ses premiers jalons et contraintes**

**La troisième étape de la nouvelle organisation du système sanitaire sera la détermination de la politique de la santé, pour le bénéfice des populations.**

---

<sup>68</sup> Il s'agit des lois suivantes: loi n°96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, loi n°96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales, loi n°96-08 du 22 mars 1996 modifiant le code électoral, loi n° 96-09 du 22 mars 1996 fixant l'organisation administrative et financière de la commune d'arrondissement dans ses rapports avec la ville, loi n°96-10 du 22 mars 1996 relative à l'organisation de l'administration territoriale et loi organique n°96-11 relative à la limitation du cumul des mandats électifs et de certaines fonctions modifiées.

Les domaines transférés sont les suivants: santé, éducation, environnement, urbanisme et habitat, culture, Jeunesse, sports et loisirs, planification et gestion du domaine.

<sup>69</sup> En effet, 63,35% des médecins et 88,57% des pharmaciens étaient concentrés dans la région de Dakar en 1993 (sources : Ministère de la Santé, 1993).

De 1960 jusqu'au début des années d'ajustement (1980), l'Etat définissait, élaborait et planifiait toutes ses politiques dans le PQDES (plan quadriennal du développement économique et social).

L'analyse des différents documents officiels de politique économique et sociale, en particulier les premiers Plans Quadriennaux de Développement Economique et Social (PQDES) permet de retracer les premières heures de l'histoire des politiques publiques notamment en matière de santé et de nutrition et de reconstituer leur trajectoire

Un document intitulé « *Le Rapport Général sur les perspectives de développement du Sénégal*<sup>70</sup> » sera ainsi élaboré et donne des indications sur la situation de l'alimentation – santé – nutrition et sur les premières mesures prises pour garantir une bonne situation nutritionnelle au début des années 1960.

Ces recommandations sont à la base des premières orientations prioritaires en matière de politique d'alimentation et de santé définies dans le premier et le deuxième PQDES. Par ailleurs, le rapport a préconisé la mise en place d'un cadre<sup>71</sup> susceptible d'assurer l'éducation nutritionnelle<sup>72</sup> des populations.

Plusieurs Plans Quadriennaux de Développement Economique et Social (PQDES) vont ensuite se suivre déterminant les différents objectifs prioritaires en matière de santé<sup>73</sup>; et seront complétés en 2002, puis 2006 par le

---

<sup>70</sup> Voir Rapport Général sur les perspectives de développement du Sénégal. Situation – Problèmes – facteurs de développement, Juillet 1960. L'enquête a été menée en 1959 et 1960 sur l'ensemble du pays par des médecins.

<sup>71</sup> Le concept de Comité pour le Développement est un concept défendu durant le régime parlementaire par le Président du Conseil Mamadou DIA. Son conseiller principal chargé de la planification fut le père Lebreton (1897-1966). Il a inventé le Plan de développement du pays avec de jeunes acteurs de l'indépendance. Pour le père Lebreton, l'association de la population aux efforts de développement est l'une des sept conditions "sine qua non" du développement. Voir l'ouvrage intitulé: Ch. Becker, « *Le père Lebreton, un dominicain économiste au Sénégal (1957-1963)* », Dakar, 2007. Voir aussi Mamadou Dia, *Mémoires d'un militant du Tiers Monde*, Paris, Publisud, 1986.

<sup>72</sup> Il suggère en effet la création d'une commission pour l'alimentation à l'intérieur du Comité pour le Développement. Cette commission réunirait les spécialistes de la santé, de l'économie rurale, de l'éducation de base, du commerce et de l'industrie. Cette commission multisectorielle devrait être animée par un responsable de l'Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines (ORANA). L'ORANA est un organisme sous régional créé en 1953. Il avait des établissements locaux et son siège se trouvait à Dakar. Jusqu'à l'indépendance des pays africains, l'ORANA s'est illustré dans cinq domaines: l'analyse des aliments africains, la définition des besoins alimentaires, les enquêtes de consommations alimentaires à domicile ainsi que la psychologie de l'alimentation, l'étude et le dépistage de masse de maladies carencielles et leur prévention, l'étude de suppléments par des aliments locaux assurant une protection des enfants.

<sup>73</sup> Rapport Général sur les Perspectives de Développement du Sénégal (1960); Premier Plan Quadriennal de Développement (1961-1964); Deuxième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1965-1969); Troisième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1969-1973); Quatrième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1973-1977); Cinquième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1977-1981); Sixième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1981-1985); Septième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1985-1989); 8ème Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social (1989-1995); 9<sup>ème</sup> Plan d'orientation pour le développement économique et social (1996 – 2001); 10ème Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social (2002-2007); Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP 1 (2002); Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2, 2006)

Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP 1 (2002) et le Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté 2 (DSRP 2, 2006).

A partir de 1990, le Ministère de la Santé va opter pour un renforcement de sa politique de décentralisation par l'élaboration des plans régionaux de développement sanitaire et des plans de développement des districts<sup>74</sup> (d'où un découpage du pays en 45 districts).

Dans cette période il est à noter également que le Sénégal a adhéré à la plupart des politiques sanitaires adoptées sur le plan international: notamment la Charte africaine de développement sanitaire, les Soins de Santé primaires et Initiative de Bamako<sup>75</sup>.

**Mais toute cette politique de développement sanitaire entamée depuis l'indépendance, connaîtra un frein, un handicap majeur, avec la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel, entre 1988 et 1993<sup>76</sup>**

### **3°/ Les effets des politiques d'ajustement structurel sur le secteur de la Santé**

Avec la crise économique durant les années 1980<sup>77</sup>, le financement du système de santé au Sénégal va rencontrer de sérieuses difficultés.

En effet après avoir été principalement assuré par l'Etat durant des décennies, ce financement a dû se diversifier face aux contraintes conjoncturelles.

Ainsi, dans les années 90, les sources suivantes y participent: (1) le budget de l'Etat (Ministère de la Santé et autres départements ministériels); (2) les collectivités locales; (3) les ménages, par le paiement direct; (4) l'aide extérieure, les ONG, les entreprises et sociétés privées, les groupements associatifs.

---

<sup>74</sup> Le district est désormais la zone opérationnelle, couvrant une population de 30 000 à 300 000 habitants, et comprenant 15 à 25 postes de santé articulés autour d'une structure de référence, qui peut être soit un centre de santé, soit un hôpital régional.

<sup>75</sup> L'initiative de Bamako (IB, lancée lors d'une conférence en 1987), en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires définie à la conférence d'Alma Ata en 1978, est, en soi, une innovation pour les différents acteurs des systèmes de santé.

<sup>76</sup> On observera alors une baisse des effectifs des personnels de santé du secteur public de l'ordre de 15%. Le système sanitaire public connaît alors d'importantes difficultés.

<sup>77</sup> Les conditions climatiques défavorables nées de de la période de sécheresse, le déséquilibre financier, l'application des plans d'ajustement structurel et la dévaluation du franc CFA se sont traduits par une précarité des conditions de vie des populations sénégalaises, notamment en milieu rural. Ces conjonctures économiques ont affecté plusieurs secteurs dont celui de la santé des populations. Les femmes et les enfants constituent les couches les plus vulnérables parce qu'elles sont les plus marginalisées et les plus démunies de la société. Elles sont confrontées à une pauvreté persistante. Dès les difficultés de financement public de la santé va produire une exclusion du plus grand nombre relativement à l'accès aux soins.

**Mais les fonds publics affectés au secteur de la santé seront en régression constante depuis le début de la décennie 80.** Le budget du Ministère de la Santé s'éloigne ainsi de plus en plus des 9% du budget national recommandés par l'OMS, et que le Sénégal a adopté comme résolution en 1982.

**Selon la Banque mondiale, le budget du Ministère de la Santé aurait décliné de plus de 3% par an durant ces dernières années ; le financement privé devenant majoritaire au Sénégal.**

Les constats majeurs relevés sur cette époque sont que la plupart des formations sanitaires publiques sont sous-équipées et manquent de médicaments et de crédits.

Ce financement budgétaire global insuffisant, et sa répartition peu adéquate, entraîne ainsi la pénurie de médicaments, de consommables, et tout cela démotive les prestataires de services et les patients.

En réaction le recours à la participation financière des populations aux coûts des soins de santé dans les services de santé, sera appliqué dès 1975 et va connaître une participation renforcée à partir de 1991, cela afin de permettre de compenser en partie, les défaillances du financement public.

**Dès lors les insuffisances du secteur public vont faciliter le développement accru de l'initiative privée dans le secteur de la santé.** On assistera à la participation accrue du Privé dans l'offre des soins de santé.

Le nombre de cabinets médicaux, cliniques et officines privés va considérablement augmenter. Et cette tendance sera essentiellement concentrée à Dakar<sup>78</sup> ainsi que dans les capitales régionales.

**Une nouvelle politique de gestion du secteur de la Santé va alors devoir s'impulser :**

**En effet la solution de réaction à cette crise de gestion du système sanitaire, s'exprimera dans la Déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989, fixant les Nouvelles Orientations de la santé et de l'action sociale, appuyées désormais sur l'approche programme et traduite à travers le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS) pour la période 1998-2007.**

Cette nouvelle méthode de gestion sera l'aboutissement d'un long processus de réflexion engagé depuis 1995 entre le Ministère de la Santé et ses partenaires.

---

<sup>78</sup> En 1993, la région de Dakar connaissait une surconcentration médicale, notamment en ce qui concerne les cliniques et les cabinets privés. La densité à Dakar était d'un médecin privé pour 6 900 habitants (contre 83 560 pour les autres régions) et d'un chirurgien-dentiste privé pour 41 860 habitants (contre 122 000 pour le reste du pays) (Source: Statistiques sanitaires 1992-1993 du Sénégal).

Le PNDS va ainsi permettre de mettre en chantier plusieurs réformes législatives et institutionnelles touchant principalement les hôpitaux, la fourniture des médicaments, les pharmacies.

Il prévoit d'autres initiatives dans des domaines aussi importants que le système d'information sanitaire, le financement de la santé, la réorganisation du Ministère de la Santé, la coordination des interventions et l'intégration des activités.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvre une période de cinq ans (1998-2002), est alors la traduction concrète des priorités en matière de santé.

Les objectifs particulièrement visés sont : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile et la maîtrise de la fécondité.

Cependant la mise en œuvre des activités découlant des différentes orientations stratégiques ainsi dégagées ne peut être effective sans une mobilisation importante de ressources humaines, matérielles et financières

Car au total et à cette étape, le constat majeur fait noter que le système de santé sénégalais souffre de dysfonctionnements manifestes, qui expliquent, pour une grande part, la médiocre couverture sanitaire.

Ainsi le secteur de la santé se caractérise par le manque notoire d'infrastructures sanitaires, l'insuffisance du personnel et son manque de motivation pour exécuter des activités dans l'ensemble du territoire national afin de couvrir les zones pauvres les plus reculées.

Egalement pour plusieurs raisons la majorité de la population accède difficilement aux soins offerts dans les structures de santé, à savoir: le faible revenu des ménages, le niveau élevé de la tarification, l'insuffisance et l'inadéquation des systèmes de solidarité. Il s'ajoute à cela le manque d'équité dans l'implantation des structures, car Dakar concentre plus de la moitié de ces structures et des lits d'hospitalisation disponibles pour seulement un quart de la population.

**Ces divers constats mentionnés dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), vont amener l'Etat à reconnaître de plus en plus le rôle que d'autres acteurs du secteur peuvent apporter à ses côtés dans l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé.**

A ce titre la contribution apportée en appui par le secteur privé au secteur de la santé est dès lors plus que nécessaire et fondamental ; et c'est pourquoi le Gouvernement du Sénégal est convaincu de l'apport de ce secteur privé de la santé au Sénégal, malgré que son rôle exact dans le système de la santé reste à ce jour inconnu dans son évaluation précise. Car on note une absence de

statistiques de référence sur le secteur privé de la santé, pour permettre de bien prendre en compte son apport.

Mais malgré l'existence d'une réelle volonté politique, le secteur privé n'est pas pour l'instant suffisamment impliqué dans la mise en œuvre des programmes de santé, notamment du fait de l'absence de cadre de collaboration formelle à tous les niveaux.

Il est notable cependant dans les composantes du secteur privé, que les structures de santé créées par l'action catholique en sont parties, et avaient déjà l'avantage d'avoir préexisté à l'indépendance et de s'être encore développées postérieurement, au vu de la nécessité d'appui à la demande en soins de santé des populations. Il devient nécessaire dès lors d'en évaluer l'apport.

### **B/L'apport de l'ANPSCS dans l'offre de service de santé post indépendance**

Les structures de santé créées par l'action catholique ont contribué à la base, à toutes les étapes de la structuration technique du système de santé national, cela avec la reconnaissance des autorités étatiques nationales, et par la création de postes de santé pour assurer la couverture médicale aux populations défavorisées.

---

En plus des Postes de Santé déjà réalisés<sup>79</sup> précédemment, 18 seront créés de 1960 à 1970 avant la dynamisation de l'ANPSCS

SIBASSOR (1960) Filles du St Cœur de Marie ; SOKONE (1960) Sœurs de la providence de Lisieux ; SIMBANDI (1960) Sœurs Missionnaires de l'Évangile ; NDIAGANIAO (1960) Sœurs de l'Immaculée conception ; TILENE (1960) Sœurs de Jésus Serviteur ; GANDIAYE (1961) Sœurs de St Joseph de Cluny ; SAINT MARTIN DE BAMBEY (1961) Filles du St Cœur de Marie ; BABACK (1963) Sœurs de St Joseph de Cluny ; MARIAMA DE FANDENE (1963) Sœurs de St Joseph de Cluny ; LYNDIANE (1963) Institut St Joseph ; FOUNDIOUGNE (1963) Filles de Notre Dame du Sacré cœur ; CHARLES de FOUCAULD : Baobabs (1964) Sœurs Missionnaires de l'Évangile ; MAKAKAHONE (1965) Filles de Notre Dame du Sacré cœur ; KEUR MOUSSA (1965) Sœurs Servantes des pauvres ; KEUR JAVOUEH: Derklé (1967) Sœurs de St Joseph de Cluny ; LOUGA (1968) Filles du St Cœur de Marie ; FATICK (1968) Sœurs de l'Immaculée conception ; NOTRE DAME DE LA JOIE : Guédiawaye (1970) Sœurs Missionnaires de la Société de Marie

---

<sup>79</sup> Voir le tableau des implantations missionnaires qui recense 13 postes créés dans la période coloniale.



Cette offre de santé des dispensaires catholiques, s'est donc renforcée après l'indépendance, parce que en particulier l'accès à des soins de santé de qualité reste toujours difficile, pour de nombreux sénégalais situés en zone rurale et périurbaine, zone principale d'implantation de ces structures.

Il est dès lors utile de savoir la nature réelle de cette offre pour déterminer son intérêt pour les bénéficiaires ; et les justifications de la mutualisation des efforts de ses structures composantes.

## **1°/Contenu de l'offre de service de santé des structures de santé catholiques:**

L'offre proposée au bénéfice de ces populations est orientée sur les cinq principaux domaines d'intervention les plus essentiels du système de santé à savoir : les activités de la Santé Maternelle et Infantile (SMI), Les consultations primaires curatives, la Prévention et le contrôle des endémies, le Traitements des maladies et lésions courantes, la Vaccination, le VIH sida.

En plus son offre sur tous ces domaines, se réalise avec les prix les plus bas pour les consultations générales (500 FCFA ; 0,86 \$), et les services spécialisés coûtant entre 2 000 et 5 000 FCFA (3,45-8,63 \$).

Au total les types de prestations suivantes sont dispensés dans ces centres de santé : à savoir des activités préventives et curatives.

### **a/ Les activités préventives :**

Elles comprennent: **les activités de Soins Maternels et infantiles (SMI) et on y distingue :**

- Les visites prénatales : Plus de 60/74 postes de santé catholiques assurent des visites prénatales régulières, et c'est encore en deçà de la demande des populations.

- Les visites post- natales se font pendant les consultations

Des séances d'IEC (information, éducation et communication) ont lieu dans le cadre de ces consultations, sur l'hygiène, la vaccination, le planning familial, l'éducation de base.

La causerie y est d'usage : cette activité fait suite à la pesée et est animée par une monitrice autochtone le plus souvent. Les sujets principalement abordés sont : le sevrage progressif, les besoins nutritionnels de l'enfant ; l'hygiène corporelle et du milieu (eau et habitation) ; la prévention des maladies de l'enfant ; les gestes simples et indispensables à faire devant un enfant fébrile vomissant ou qui a la diarrhée.

- Les Pesées systématiques de tous les nourrissons : la pesée des enfants est réalisée jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans selon les cas. Les chutes pondérales

attribuées à une maladie aiguë sont orientées vers le Dispensaire. Mais lorsqu'il s'agit d'une évidente incompréhension de conseils diététiques la mère et l'enfant sont dirigés vers un centre de Récupération nutritionnelle.

- La Distribution de vivres (farine enrichie) une fois par semaine ; avec une démonstration culinaire

Les structures de santé catholiques jouent un rôle clé dans les domaines des conseils en nutrition, de fournitures de compléments alimentaires et des compléments en vitamine A.<sup>80</sup>

L'éducation nutritionnelle et sanitaire est assurée grâce à des équipes de monitrices et d'éducatrices autochtones formées par les infirmières et qui se déplacent de villages en villages. Les femmes sont réunies par groupe de nombre variable, et visitées mensuellement. L'activité comprend : les démonstrations pratiques par une séance de travaux pratiques concernant la préparation d'un plat réalisé en commun, avec l'explication diététique, les produits de la région, les manières culinaires locales ; et lorsque le plat est prêt, chaque enfant en mange.

- La formation des matrones :

Plusieurs postes forment des matrones en collaboration et avec l'accord de la Maternité publique la plus proche (district sanitaire).

### **b/Les activités curatives :**

Elles s'adressent aux enfants comme aux adultes. Elles sont dirigées vers les diverses pathologies dont principalement la lutte contre le paludisme, les maladies hydriques, les maladies de la peau, les maladies cardio-vasculaires et aussi celle relative au VIH SIDA<sup>81</sup>.

---

<sup>80</sup> La mauvaise nutrition constitue un problème grandissant au Sénégal où 14 pour cent des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale (Banque mondiale, Sénégal : vue d'ensemble). Le nombre annuel d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë grave est de 20 000 et le nombre de ceux souffrant de malnutrition aiguë modérée est de 100 000 (UNICEF 2012). Le rapport mondial sur la nutrition de 2014 indique une prévalence croissante du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans (19 pour cent en 2013 et en hausse de 16 pour cent en 2012). Concernant les carences en vitamine A chez les enfants d'âge préscolaire la proportion était de 37 pour cent en 2014 et le taux d'allaitement exclusif des nourrissons de moins de 6 mois était de 33 pour cent (EDSc de 2014). Etude USAID<sup>80</sup>

<sup>81</sup> VIH :

La population du Sénégal s'est particulièrement impliquée dans la gestion de l'épidémie du VIH dans son pays. Cette implication, associée à une direction politique forte et la participation active du secteur des ONG à but non lucratif ainsi que son alignement avec les réponses du GdS, a conduit à une prévalence du VIH parmi la population générale de 0,5 pour cent (l'EDs 2011). Cette prévalence a représenté 44 000 personnes vivant avec le VIH en 2014 et un total de 2 400 décès causés par le SIDA (ONUSIDA 2015). Toutefois, la prévalence du VIH au sein des groupes vulnérables et plus particulièrement ceux concernés par la prostitution reste élevée à 18,5 pour cent (Avert 2014).

Pour la lutte contre le Paludisme<sup>82</sup> : Les structures de santé catholiques fournissent des services de dépistage rapide et de traitement du paludisme à très bas prix.

Les activités curatives se déroulent suivant deux modalités suivantes, en effet deux modes d'action sont à différencier:

- L'Action en un point fixe :

Dans ce cas la population se déplace pour venir au dispensaire. L'équipe soignante ne pratique pas d'activités curatives en dehors de ses locaux. Ce type d'actions permet de bénéficier d'une infrastructure conséquente, d'utiliser des moyens thérapeutiques très divers, de faire quand c'est possible, des examens microscopiques, de suivre facilement et quotidiennement les malades. Mais il faut une attitude de ces malades, car ceux-ci ne se décident souvent à aller au dispensaire qu'à un stade très évolué de leur affection.

- L'Action itinérante :

Là pour une vingtaine de postes, l'Equipe sanitaire se déplace une ou deux fois par semaine dans une localité différente. Dans chacune, la population réserve une case d'accueil.

Ce mode d'action limite cependant les moyens diagnostiques et thérapeutiques utilisables.

Le recours à des formes orales est la règle, la surveillance quotidienne des malades est difficile.

Les avantages sont cependant importants : étendue territoriale plus grande, et les patients sont vus à un stade plus précoce de l'évolution de la maladie.

L'idéal serait de combiner les dispensaires stables et les équipes mobiles. Un palliatif est réalisé à cet effet, car nombre de sœurs convoquent à leur domicile au poste de soins, avant leur départ en tournée, les malades « trop graves », pour être laissés sans soins ou surveillance pendant plusieurs jours.

---

(USAID 2013).

<sup>82</sup> Même si les décès causés par le paludisme restent relativement nombreux à hauteur de 57 pour 100 000 (OMS 2015b), des efforts fructueux ont entraîné une baisse significative de la morbidité qui est passée de 33,5 pour cent en 2001 à 4,4 pour cent en 2013 (Organisation mondiale de la santé 2014). La proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) a augmenté considérablement passant de 20 pour cent en 2006 à 74 pour cent en 2014 et la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête est passé de 7 pour cent à 54 pour cent - la même tendance est observée pour les femmes enceintes (EDSc de 2014). Toutefois, la proportion de femmes enceintes recevant deux doses de traitement préventif intermittent contenant de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) a diminué, passant de 52 pour cent en 2008 à 43 pour cent en 2014. Ce recul découle de plusieurs facteurs parmi lesquels les problèmes de maintien de l'approvisionnement en médicaments (EDSc de 2014). Malgré ces obstacles, une légère augmentation du nombre de femmes enceintes recevant deux doses de SP a été signalée en 2012 (USAID 2013).

**Le nombre moyen de consultation** : varie de 80 à 100 par jour ; mais quelques dispensaires suburbains dépassent en temps d'hivernage près de 250 consultations par jour.

Certaines des structures de santé catholiques disposent de laboratoires et il est aussi assuré pour le personnel une formation médicale.

-Les laboratoires : Dans le cadre d'un financement par l'organisme canadien OSHAWA SAHEL, 15 postes ont bénéficié de l'installation d'un laboratoire d'analyses biologiques. Une formation a été assurée par un technicien qui est passé successivement dans chaque poste pour y former un aide infirmier autochtone, aux examens biologiques de base qui étayent le diagnostic et font adopter une thérapeutique adéquate. Les résultats se sont traduits par des diagnostics plus précis, une économie de médicaments, une thérapeutique plus adéquate.

Actuellement, le plateau technique de ces laboratoires est élevé, dans certains postes nous y trouvons des techniciens en laboratoire qui sont diplômés.

-La formation médicale :

Une formation médicale de base pour une durée de 2 ans a été organisée pour les aides infirmiers sénégalais (agents de santé polyvalents) travaillant dans les dispensaires.

Le médecin coordinateur de l'association a ainsi élaboré un enseignement à leur niveau, partant de leurs expériences et de leurs observations journalières. Ces formations ont été consignées dans des polycopies mis à disposition de chaque élève. Un guide est aussi élaboré pour le formateur. Et dans les régions proches de Dakar, le médecin coordinateur de l'association assure lui-même ce rôle de formation. Deux cents (200) aides infirmiers ont ainsi bénéficié de ces formations.

Egalement une formation médicale continue a été mise en place dispensée grâce à la bienveillance des Professeurs des Facultés de médecine de Dakar et des médecins des hôpitaux. Elle a eu pour cadre des weekends trimestriels regroupant les infirmières des postes de santé privés catholiques du Sénégal. Les supports pédagogiques ont été des projections de films médicaux, des moments d'échange d'expériences et d'informations, de mise au point de projets.

Le besoin de former du personnel qualifié avec un diplôme d'état étant devenu de plus en plus pressant, la formation des agents de santé polyvalents est réorientée vers celle des Sages-femmes d'Etat depuis 2002. C'est ainsi que 310 Sages-femmes d'Etat y ont été formées à ce jour.

Au total toute cette action des services de santé catholiques bien que bénéfique rencontre cependant des limites comme l'isolement dans l'action des différentes structures missionnaires et la raréfaction des ressources, mais aussi les problèmes de formation.

Ce sont ces limites de l'action qui vont rendre nécessaire de devoir travailler à mutualiser les efforts. Et le cadre associatif favorisait cette volonté.

Ensuite ce cadre promeut aussi une meilleure implication des structures dans la politique nationale de santé. C'est cela qui a justifié la création de l'ANPSCS. Comment cela s'est-il agencé ?

## **2°/La genèse de l'association ANPSCS.**

La création de l'ANPSCS n'était pas un démarrage d'intervention dans le secteur de la santé pour l'action catholique, mais plutôt un renforcement de son action dans ce cadre.

### **Les premières étapes:**

1967 : est la date de création de la première structure associative.

D'abord en 1967, le **Professeur Marc SANKALE**, réalisant la participation que les dispensaires privés catholiques existants (et ceux qui étaient en projet), pouvaient apporter au travail de développement national, crée une **association dénommée Association des dispensaires et centre d'éducation sanitaire du Sénégal** déclarée au Ministère de l'Intérieur sous le N° 2356, en date du 24 Juin 1967. Car au départ les Sœurs Infirmières dans les dispensaires et centres de PMI de la base, étaient assez isolées et éparpillées, et elles ne prirent vraiment pas conscience de la nécessité de s'unir qu'au courant de l'année 1969, ce pour donner une orientation commune à leur action sanitaire au Sénégal.

Cette association constituée pour une durée illimitée, a eu pour siège social le Centre Social Charles de Foucauld à Sicap Baobab et s'est donnée comme but dans ses statuts (art.2) : d'organiser les dispensaires et les centres d'éducation sanitaire, pour les informer sur les problèmes et les acquisitions nouvelles dans les domaines de la santé, de l'hygiène, de la nutrition ; dans le but de faciliter l'échange d'expériences et de promouvoir la recherche commune des moyens propres à faciliter l'action de ses membres.

Ainsi pouvait acquérir la qualité de membre de l'association: les dispensaires, les centres d'éducation sanitaire, les organismes désireux et personnes désireuses de travailler au même but, et qui ont accepté le règlement intérieur. Elle obtiendra après déclaration son récépissé le 24 juin 1967. L'association comptera à cette époque 29 postes de santé.

Elle subira une mutation juridique<sup>83</sup> qui lui donnera le nom d' « Union des Postes de Santé Privés Catholiques » ; laquelle mutation sera entérinée par arrêté ministériel<sup>84</sup>.

L'année 1970 marquera une nouvelle structuration et une nouvelle déclaration associative : c'est en effet en 1970 que sera reconstituée l'**ASSOCIATION DES POSTES DE SANTE PRIVES CATHOLIQUES DU SENEGAL (APSPCS)** qui a pris la suite de l'association première de 1967 et de sa mutation juridique subséquente. En 1970 s'est donc créé l'APSCS<sup>85</sup>.

A la lumière des évolutions précédentes vécues, ses buts seront plus affinés pour le service de ses membres à savoir :

- Aider à organiser les Postes de Santé et les Centres d'Education Sanitaire ;
- Coordonner leurs activités ; les informer ; faciliter les échanges d'expériences
- Promouvoir la recherche commune par des moyens propres à faciliter l'action de ses membres ;
- Prévoir la relève par la formation et la qualification du personnel.

L'option résolument prise est d'orienter l'action sur la résolution de la demande sociale des populations défavorisées en soins de santé.

Les membres en sont d'une part les centres de santé comprenant les dispensaires, les postes de santé, les centres de PMI et d'éducation sanitaire ; et d'autre part les personnes individuelles.

Le siège social sera transféré à la rue de Reims à Reubeuss en annexe au Dispensaire de Saint Martin.

Ces membres s'énumèreront au nombre de 95 membres en 1976.

La réforme résultant de cette évolution sera encouragée par le Ministère de la Santé, qui va d'ailleurs autoriser l'association d'une part à recueillir une cotisation auprès des malades, les soins étant ensuite donnés gratuitement ; en plus à pouvoir acheter ses médicaments à la Pharmacie Nationale d'approvisionnement.

---

<sup>83</sup> Voir le préambule des Statuts de Novembre 1979 ;

<sup>84</sup> N°6714 du 13 Juin 1975 portant autorisation JO N°4437.

<sup>85</sup> NB : 72 centres dont au moins 12 centres voient leur création datés entre 1945 et 1959 ; 19 en plus créés entre 1960 et 1970 ; 36 créés de 1971 à ce jour ; ce qui dénote une véritable dynamique de progression.

De plus le Ministère, pour contrecarrer sa carence en personnel dans ses services, va engager l'Etat à signer des conventions avec des entités de l'association à l'effet de requérir la fourniture de leur part, d'un personnel de sœurs religieuses pour le fonctionnement de ses structures publiques de santé<sup>86</sup>.

A la suite des efforts précédents de création de structures de santé ci-dessus rappelés, retenons que 36 Postes de Santé seront encore créés de 1971 à nos jours

**SOUTOU (1970)** Sœurs de la Présentation de Marie ; **KOUNGHEUL KOUNBIDIA (1971)** Srs Franciscaines des Pauvres ; **NOTRE DAME DE MBORO (1971)** Sœurs Notre Dame des Missions ; **AFFINIAM (1972)** Sœurs de la Présentation de Marie ; **NGOHE (1973)** Sœurs Franciscaines M de Marie ; **DIOHINE (1973)** Filles du St Cœur de Marie ; **MARIE DE LOURDES DE PEYKOUK (1973)** Filles du St Cœur de Marie ; **NDAR TOUT (Goutte de Lait) (1973)** Sœurs de St Joseph de Cluny ; **KABADIO (1973)** Sœurs de Jésus Serviteur ; **EMAÛS DE DJILAS (1974)** St Thomas de Villeneuve ; **SAINT LAURENT : Gibraltar (1974)** Sœurs Servantes des pauvres actuellement sous la responsabilité des Sœurs Franciscaines M de Marie ; **SAINT JOSEPH (1974)** Sœurs de St Joseph de Cluny ; **CABROUSSE (1975)** Filles du St Cœur de Marie ; **LEOPOLD : Yeumbeul (1975)** Sœurs Missionnaires du Saint Esprit actuellement sous la responsabilité des Filles de la Résurrection ; **Thiaroye (1976)** Sœurs Ursulines ; **KOUDIADIENE (1977)** Sœurs Adoratrices ; **KOUNGHEUL MISSIRA (1979)** Srs Franciscaines des Pauvres ; **DAGANA (1979)** Sœurs Missionnaires du Saint Esprit ; **SALEMATA (1980)** Sœurs Franciscaines M de Marie ; **DIORBEL TOCK (1984)** Filles du St Cœur de Marie ; **NOTRE DAME DE NDONDOL (1985)** Notre Dame Des Missions ; **GOSSAS (1986)** Sœurs de la providence de Lisieux actuellement sous la responsabilité des Filles du St Cœur de Marie ; **KAFFRINE SIKILO (1987)** Sœurs du Christ Roi ; **KEDOUGOU (1989)** Sœurs de Saint Joseph d'Annecy ; **SANGHE (1993)** Sœurs de l'Immaculée conception ; **NDOFFANE (1996)** Filles du St Cœur de Marie ; **SAINT DOMINIQUE (2000)** Pour le diocèse de Thiès ; **COLOBANE (2000)** Filles du St Cœur de Marie ; **NOTRE DAME DE LA PAIX : Diamaguène (2001)** Carmélites Missionnaires Thérésiennes ; **NGUENN (2001)** Sœurs de la Présentation de Marie ; **THINGUE (2002)** Franciscaines M de Marie ; **MANGAROUNGOU : TEMENTO (2005)** Pères

<sup>86</sup> Voir : la convention n°009033 du 29 juillet 1976 entre le Ministère de la Fonction Publique du Travail et de l'Emploi et le Vicaire Apostolique de Ziguinchor qui s'y engage à fournir des Sœurs religieuses hospitalières pour les différentes formations sanitaires de Casamance. Idem : la convention n°12060/MFPTE/DFB/DD/4B du 15 septembre 1983 signée entre le Ministère de la Fonction Publique du Travail et de l'Emploi et la Supérieure Générale de la Congrégation des Sœurs hospitalières de Saint Thomas de Villeneuve pour la fourniture de personnel religieuses pour assurer les services à l'Hôpital de Saint Louis.

Oblats de Marie Immaculée ; POPONGUINE (2007) Filles du St Cœur de Marie ; MATER CARMELI DE NDIAffATE (2009) Sœurs Carmélites Missionnaires Thérésiennes ; BENOIT XVI (2010) Filles du St Cœur de Marie ; GANDIGAL (maternité) (2011) Filles de Notre Dame du Sacré Cœur , Poste de Santé de Cité Niakh (Saint louis) en 2011 Sœurs de Béthanie.

NB : création de SIDA SERVICE et du Centre de Promotion de la Santé de Cardinal Hyacinthe Thiandoum

Autres caractéristiques :

**Centres ayant une MATERNITE : 24**

**Centres faisant de la RECUPERATION NUTRITIONNELLE : 30**

**Centres possédant un LABORATOIRE : 29**

Au total :

**76 postes de santé catholiques répartis à travers les régions du Sénégal ; 35 laboratoires ; 160 cases de santé ; 18 antennes de Sida Service ; 1 pouponnière**

---

### 3°/La structuration actuelle de l'ANPSCS et son état des lieux :

L'association dans ses structures techniques d'intervention regroupe actuellement 76 postes de santé dont 73 sont privés et 3 des postes publics dépendant du Ministère de la Santé publique : Mont Rolland, Nguéniène, et Nyassa (Casamance).

Plus de  $\frac{3}{4}$  de ces postes sont implantés en zone rurale et les dispensaires des zones urbaines se trouvent dans les quartiers populeux et les grandes banlieues.

Font aussi partie de l'association les religieuses servant dans les divers hôpitaux de Dakar et Saint louis et celles de la Pouponnière de Dakar.

Elle compte ainsi 520 membres.

Sa répartition géographique dans le pays est la suivante : 12 postes de santé à Ziguinchor ; 10 postes de santé dans la région de Dakar ; 1 poste de santé à Louga ; 3 postes de santé à Saint Louis ; 4 postes de santé à Diourbel ; 11 postes de santé à Fatick ; 6 postes de santé à Kaolack ; 3 postes de santé à Kaffrine ; 2 Postes de Santé à Kolda ; 2 postes de santé à Sedhiou ; 2 postes de santé à Kédougou ; 4 postes de santé à Tambacounda ; 17 postes de santé à Thiès.

Les bénéficiaires de ses prestations sont constitués par toute la population sénégalaise âgée de 0 à plus de 70 ans, sans distinction d'ethnie, ou de religion. Ce sont particulièrement les enfants et les personnes âgées.

On peut aussi noter que dans les postes de Simbandi balante, temento Kabadio et Kabrousse, les malades de la sous-région (Guinée) sont reçus.



Structurellement le profil type d'une unité de poste de santé se décompose, avec au minimum les éléments suivants au titre de ses locaux : (1) Salles de consultation (2) Salles de soins (pansement et injection) (3) Salle d'attente (4) une ou des réserve(s) de médicaments (5) Salle de laboratoire (6) Salle de vente de ticket (7) Salle à usage multiples (8) Salle pour la surveillance nutrition et démonstration culinaire (9) de toilettes pour les patients et le personnel (10) ; enfin les postes disposent d'électricité ou de plaque de panneau solaire et d'eau courante (11).

L'administration d'une unité de santé comprend un personnel technique médical et de gestion :

- Le personnel technique médical est composé de: médecins (pédiatre, gynécologue, généralistes d'une part ; de sages-femmes et infirmiers (eres) d'Etat d'autre part ; enfin des assistantes infirmiers (eres) ; des aides-soignants ; des techniciens supérieurs de santé.
- Le personnel d'administration est constitué: d'un Gestionnaire de projet ; d'un comptable ; des assistantes de direction ; de manœuvres ; gardiens ; chauffeurs.

Ce personnel se caractérise par une formation solide, une longue expérience, une motivation, générosité et disponibilité.

Les plus anciens parmi eux totalisent plus de 30 années de service ; leur âge varie entre 32 et plus de 65 ans.

#### **4°/Le lien structurel avec la hiérarchie catholique :**

Il faut tirer l'explication et le fondement juridique de ce lien à partir même du préambule de l'Association. Il y est souligné que :

L'Association Nationale des Postes de Santé Catholiques du Sénégal "ANPSCS" ayant pour but de faciliter la satisfaction des besoins des populations les plus déshéritées du Sénégal en matière de santé, se propose ainsi de créer un cadre de concertation favorable au développement sanitaire des structures qui la composent.

L'ANPSCS tient par ce biais à participer à la promotion de la politique des Soins de Santé Primaires définie par le Gouvernement du Sénégal.

Elle fait cependant partie des œuvres sociales de l'Eglise Catholique du Sénégal, étant mandatée par la Conférence Episcopale des Evêques pour contribuer à un meilleur état de santé des populations.

**Ce lien avec l'Episcopat est encore réaffirmé à l'article 1<sup>er</sup> des Statuts, et il s'exprime aussi de manière organique par l'existence d'un Conseiller Ecclésiastique au sein de l'association.**

Ce caractère marqué de la dimension spirituelle fait que l'ANPCS est présenté comme une association confessionnelle.

## Deuxième partie: la vie contemporaine de l'ANPCS

### I/Contexte politique économique sociale en 2017, de la gestion de la sante au Sénégal

#### A/ Présentation du système de Santé du Sénégal et de ses enjeux actuels:

La politique de la santé au Sénégal est du ressort de la gouvernance publique. Ses orientations et ses politiques de mise en œuvre sont définies par le Gouvernement de la République. La politique actuelle de santé de l'Etat, trouve son fondement légal dans la Constitution Sénégalaise (article 17) ; s'inscrit dans le respect du cadre fixé par le document du DSRP<sup>87</sup>, et vise la réalisation des ODD<sup>88</sup>. Partant de là et pour répondre aux enjeux de santé publique, les bailleurs de fonds partenaires de l'Etat, ont coordonné leurs actions autour du Plan National de Développement Sanitaire du Sénégal (**PNDS 2009/ 2018**) structuré en fonction des OMD<sup>89</sup> à l'époque.

**Le PNDS se concentre donc sur quatre priorités suivantes pour la décennie à venir:**

1. Réduction du fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile.
2. Amélioration de l'efficacité du secteur de la santé en matière de prévention et de lutte contre la maladie.
3. Renforcement de la pérennité du système de santé.
4. Amélioration de la gouvernance du secteur de la santé.

A ce titre il a donc été élaboré par le Gouvernement du Sénégal comme guide d'appui à la réalisation de ces objectifs concernant la santé, les principaux documents suivants, à savoir:

- Pour la Planification familiale : le Plan d'Action National de Planification Familiale 2012-2015
- Pour la survie de l'enfant : le Plan d'Accélération des Interventions pour la Survie de l'Enfant 2013-2015

---

<sup>87</sup> DSRP : c'est le document stratégique de réduction de la pauvreté.

<sup>88</sup> L'importance du droit à la santé est visible dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans lesquels, trois sur les huit OMD sont relatifs à la santé. Ils sont les suivants :

**Objectif 4.** Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ; **Objectif 5.** Améliorer la santé maternelle  
**Objectif 6.** Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies telles que le paludisme et la tuberculose.

<sup>89</sup> Les OMD sont devenus les ODD (Objectifs de développement durable), qui constitue depuis 2016 par leur intégration dans l'Agenda 2030 des NU, le nouveau plan d'action de réalisation des objectifs du développement des pays membres des NU.

- Pour la lutte contre le Paludisme : le Plan Stratégique de lutte contre le Paludisme 2011-2015
- Pour le VIH : le Plan Stratégique de Lutte Contre le VIH (2011-2015)
- Et au titre du Partenariat Public Privé, les objectifs retenus par : le Plan Sénégal Émergent (2014-2018)

**Relativement aux moyens d'action du système de santé notamment les ressources humaines**, un inventaire statistique<sup>90</sup> fait ressortir que le Sénégal compte en 2015 :**1039** médecins (généralistes et spécialistes), **3085** infirmiers (IDE, Agent sanitaires, Assistant infirmier) ,**1005** sages-femmes d'État.

Pour les médecins, on note un progrès avec un ratio qui passe de 1 médecin pour 27833 habitants à 1 médecin pour 18615 habitants dans le secteur public. Et cette progression est encore plus nette si on tient compte du secteur privé. Cependant certaines spécialités manquent de personnel notamment les neurochirurgiens. Le Sénégal ne compte présentement que 10 neurochirurgiens soit moins de 1 par région.

**Il ressort donc de cette évaluation des ressources humaines, un déficit en personnel soignant par rapport aux normes visées par le PNDS et qui concerne prioritairement les sages-femmes.**

Pour cette catégorie professionnelle en effet, les ratios personnel/population sont passés, entre 1994 et 2008, de 1 sage-femme pour 3623 FAR (Femme en Age de Reproduction) à 1 sage-femme pour 3946 FAR dans le secteur public, alors que pour les infirmiers, ils passent d'un infirmier pour 4687 habitants à 1 infirmier pour 4183 habitants.

Tenant compte de ce constat des efforts rapides sont à faire car, la fréquence des grossesses des adolescentes au Sénégal inquiète.

En effet l'Enquête démographique et de santé (EDS) 2011 révèle, que la tranche d'âge 15-19 ans, constituant 22% de l'ensemble des femmes en âge de procréer, contribue pour près de 10% à la fécondité totale des femmes<sup>91</sup>.

**Cela constitue un défi à prendre en compte, eu égard au déficit relevé de personnel en sage-femme, nécessaire à former.**

**Il s'y ajoute aussi qu'au Sénégal, la répartition spatiale des professionnels de la santé pose problème.**

---

<sup>90</sup> Ces statistiques concernent : les étatiques (fonctionnaires et agents de l'État), les contractuels du Ministère de la Santé et de la Prévention, les contractuels des structures sanitaires, le personnel mis à la disposition des structures par les Municipalités, les ONG, les partenaires, les agents du Privé lucratif et non lucratif, le personnel militaire et paramilitaire.

<sup>91</sup> C'est pourquoi le document de cadrage technique réalisé par le comité d'organisation de la Journée mondiale de la population cette année 2011, a attiré une sérieuse attention sur ce fait, en rappelant que : «...pour des raisons physiologiques et sociales, les femmes de ce groupe d'âge (moins de 20 ans) sont deux fois plus exposées aux décès maternels durant l'accouchement que les femmes un peu plus âgées».

**Au-delà des ressources humaines, un autre critère déterminant d'étude et d'évaluation de la valeur du système de santé, est celui du niveau d'Accès aux soins.**

A ce titre il est à noter que le nombre de bénéficiaires d'une protection sociale formelle au Sénégal est d'environ 1,8 millions de personnes, soit 20% de la population. Les fonctionnaires représentent un peu plus du quart de ces bénéficiaires<sup>92</sup>. **Les 80% restant de la population sénégalaise ne sont pas couverts contre le risque maladie et doivent faire face à la survenance de ce risque de la maladie et du paiement de son coût pour se soigner. Les exclus de la protection sociale formelle (80%) sont donc les non-salariés, le secteur informel et le monde rural.**

Cette survenance de la maladie dans ces couches de population peut donc créer des situations de pauvreté exacerbée<sup>93</sup> dans les familles obligées de faire face à des coûts de santé exorbitants imprévus.

**Il y a donc une préoccupation à travailler pour l'équité dans l'accès aux soins. Le Gouvernement en est conscient et tend à mettre en œuvre une politique de couverture maladie universelle<sup>94</sup>.**

**Au regard de tous ces défis, l'option gouvernementale est d'agir aussi pour le développement du partenariat en Santé.**

**C'est pourquoi le PNDS pour la réalisation de ses objectifs, traite le secteur privé comme un acteur important et un partenaire de l'Etat. Et le Gouvernement du Sénégal a clairement fait preuve d'engagement pour la participation du secteur privé dans les actions de santé.**

Ainsi les établissements de santé privés coexistent avec les établissements de santé publics et ils sont responsables de la fourniture de services et de produits.

---

<sup>92</sup> Au Sénégal, seul 20% de la population -avec de fortes disparités en milieu urbain (11%) et rural (3 à 4%) selon l'EDSVMIC 2010 11- bénéficie de la couverture risque maladie ; donc est à mesure de faire face financièrement pour se soigner en cas de maladie.

Ces 20% de la population comprennent les catégories de personnes qui bénéficient de l'un des régimes suivants : IPM (Institution Prévoyance Maladies) : les fonctionnaires et les travailleurs du secteur privé formel sont couverts à partir de l'imputation budgétaire et le privé au niveau des IPM ; les assurances privées ; les politiques de gratuité redimensionnées dans les structures publiques pour : la césarienne, la prise en charge des personnes du troisième âge (Plan Sesame) ; la carte Egalité de chances pour les personnes souffrant d'un handicap ; les soins de santé pour les enfants âgés de moins de cinq ans (ajoutés lors du lancement officiel de la CMU au Sénégal par le Chef de l'Etat le 20 septembre 2013).

<sup>93</sup> L'OMS estime à quelque 150 millions le nombre de personnes qui font face chaque année à des coûts de soins de santé catastrophiques ; dont 100 millions d'entre elles tombent ensuite dans la pauvreté.

<sup>94</sup> Cela fait l'objet d'un des points essentiels, contenu dans le communiqué du Conseil des ministres en date du mercredi 13 novembre 2013 en ces termes: *«veiller au recrutement et à l'affectation prioritaire de médecins généralistes, spécialistes et autres personnels dans les régions, notamment les zones enclavées, d'encourager, selon un planning arrêté par le Ministère de la Santé, les déplacements itinérants de spécialistes comme celui initié par les chirurgiens, de déployer les moyens appropriés pour des interventions à l'intérieur du pays en faveur surtout des zones rurales où l'accès est difficile».*

**Dans sa composition, le secteur privé des soins de santé au Sénégal est composé d'un vaste et dynamique secteur à but lucratif, et de réseaux d'ONG ou associations à but non lucratif, de communautés confessionnelles et d'organisations de la société civile.**

Ce secteur privé se caractérise par son dynamisme, et son importance ; car le périmètre relativement important du secteur privé de la santé ; grossit d'année en année. Toutefois quatre-vingt pour cent des établissements du secteur privé sont concentrés dans la capitale, Dakar, entraînant une faible couverture par le secteur privé de l'intérieur du pays.

Particulièrement dans les zones rurales et périurbaines c'est le secteur à but non lucratif qui joue un rôle important dans la fourniture de services de santé au Sénégal. Le secteur *associatif* et les réseaux confessionnels y exploitent donc des hôpitaux, des cliniques et des cabinets médicaux similaires à ceux du secteur commercial privé. Ces cliniques des ONG comblent une lacune importante en matière de couverture de santé. **C'est dans ce groupe que figurent les structures de santé confessionnelles, composé essentiellement de postes de santé privés catholiques.** On retrouve ces postes de santé privés catholiques à travers tout le territoire national; ils complètent, généralement sans chevauchement ni double emploi, la couverture en infrastructures publiques de même type.

Certains qui disposent d'une zone de responsabilité définie, appliquent le même paquet d'activités que les postes de santé publics, bénéficient de la supervision du district et même de certains équipements standard nécessaires pour la mise en œuvre de programmes tels que le PEV.

Ces structures conservent une relation avec l'Etat, qui dans certains cas leur détermine des missions confiées ; ou prend en charge les salaires des Sœurs infirmières qui travaillent dans les hôpitaux publics. En plus de ces postes de santé, il existe d'autres structures confessionnelles comme l'hôpital Saint Jean de Dieu.

**C'est dans tout ce cadre que s'insère les activités de l'ANPSCS, qui s'est ainsi étendue selon sa vision dans le territoire, et capitalise son expérience d'intervention depuis l'époque précédant l'indépendance et jusqu'aujourd'hui, restant toujours proche des besoins des populations.**

**Il est dès lors nécessaire de présenter son action présente dans le processus d'intervention sanitaire.**

## **B/La place de l'ANPSCS dans ce dispositif du système national de santé :**

### **Présentation générale de l'ANPSCS dans le dispositif actuel du système de santé**

L'ANPSCS compte aujourd'hui un effectif de 73 postes de santé dans tout le pays et bénéficie de l'aide de plus de 650 prestataires et personnes en soutien. Ses Postes de santé sont animés par des infirmières et des sages-femmes et ils offrent des services préventifs et curatifs de base.

Son service de sentinelle est un ensemble de services peu coûteux (500 à 2 000 FCFA ; 0,86 à 3,45 USD) comprenant des consultations prénatales, la vaccination, la supplémentation en fer et le traitement du paludisme.

C'est en effet très tôt que les infirmières des Postes de Santé Privés Catholiques ont compris l'importance des relations avec les services publics et se sont mises dès lors à participer aux réunions organisées prévues pour le personnel des postes de santé publics, par les Médecins-Chefs de Régions ou de Districts Sanitaires, et auxquelles elles sont régulièrement invitées.

L'ANPSCS est aussi entrée dans la Politique des Soins de Santé Primaire adoptée par le Gouvernement du Sénégal avec la Conférence d'Alma-Ata en 1978.

***L'engagement vis à vis de cette politique s'est traduit par la participation à diverses actions :***

- Séminaire national d'Initiation aux Soins de Santé Primaires (SSP) ;
- Séminaire de nutrition ;
- Rencontres nationales et Internationales sur les SSP ;
- Adoption des Principes thérapeutiques tels que l'utilisation des médicaments essentiels et de la phytothérapie locale pour arriver à une autosuffisance de gestion.

Cependant outre les soins curatifs qui s'adressent aussi bien aux enfants qu'aux adultes, la plupart des postes de santé assurent un travail préventif et d'animation sanitaire (PEV, CPN, SMI), un travail de Récupération Nutritionnelle, de Planning Familial, d'IEC (Information Education Communication), et une animation des Cases de Santé Villageoises, (Supervision, Formation et Recyclage des ASC et des Matrones).

Relativement à la Planification Familiale en tant qu'organisation confessionnelle, les postes de santé privées catholiques mettent en avant le Collier du Cycle en tant que forme de planification et donnent également des conseils sur les formes non naturelles ou orientent les femmes qui souhaiteraient d'autres méthodes de Planification Familiale vers d'autres cliniques. L'association est enfin fortement impliquée dans les programmes de nutrition et gère également un centre de dépistage et de soins à Dakar spécifiquement pour les patients atteints du VIH et du SIDA.

Toutefois la présence de l'ANPSCS dans le système de santé n'est pas sans défis ni contraintes.

## II/Rôle, contraintes, défis et perspectives pour l'ANPSCS

### A/Quel Rôle pour l'ANPSCS :

Les Postes de Santé Catholiques du Sénégal se sont regroupés statutairement le 24 Juin 1967 en une Association, dont le principal but est de rendre accessibles les soins essentiels aux populations les plus déshéritées du Sénégal, répondant ainsi à leurs besoins en services de santé.

Cette Association des Postes de Santé Catholiques du Sénégal a été autorisée le 30 Juin 1975 par le Ministère de l'intérieur, puis reconnue d'utilité publique le 29 Juin 1983 par le Ministère de la Santé Publique.

Un protocole d'accord est intervenu le 27 Octobre 1989 entre le gouvernement du Sénégal et l'Association reconnue comme ONG.

Enfin, depuis le 7 Août 1990 d'accord parties, avec le Ministère de la Santé Publique et de l'action sociale, l'Association s'est engagée par une lettre d'exécution à poursuivre les objectifs fixés.

Cette reconnaissance par l'Etat lui vaut d'être en relation avec trois ministères à savoir : le Ministère de la santé et de la prévention, le Ministère de la famille et le Ministère des finances.

**Mais il faut noter malgré cela que ces relations avec l'État ne sont encore pas suffisamment formalisées.** La qualité de la collaboration entre les postes de santé privées catholiques et les autorités de district par exemple ne sont guidées par aucune relation contractuelle et dépendent en grande partie de la bonne volonté affichée de part et d'autre.

C'est pourquoi, il convient de progressivement arriver à formaliser ces relations dans des arrangements contractuels, afin d'éviter des situations de fait et leur caractère arbitraire.

C'est en effet la signature de conventions entre les acteurs du secteur privé non lucratif et le Ministère de la Santé qui permettra par exemple d'associer les postes de santé privés catholiques à la carte sanitaire.

Il serait donc nécessaire que l'État au vu de sa volonté de partenariat, du rôle et des réalisations de l'ANPSCS, puisse envisager dans un arrangement contractuel, de déléguer aux postes de santé privés catholiques dans leurs zones respectives, la couverture de services de santé essentiels comme la vaccination, la PCIME, la CPN, et l'accouchement en contrepartie d'une subvention de l'État qui sera définie.



Depuis 1990, l'Association travaille au développement de ce partenariat et est appuyée par un médecin coordinateur chargé de renforcer l'intégration des postes de santé dans la politique sanitaire du gouvernement ; il lui est assigné le rôle de faciliter les relations entre l'Association et les responsables de santé nationaux à tous les échelons, de conseiller sur les orientations à donner aux des postes de santé selon la politique nationale.

**L'ANPSCS peut aussi dans ce partenariat avec l'Etat, participer à la solution des défis de la politique de santé.**

**Cela l'est d'abord sur la formation. En effet elle a amorcé par exemple un programme de formation.** Car dès l'origine, les Sœurs infirmières ont senti le besoin de se réunir pour travailler sur cet objectif sur le plan national. Des week-ends trimestriels sont alors organisés pour une formation médicale continue, par des Professeurs de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Dakar et par d'autres intervenants. Ces journées sont aussi l'occasion de transmettre des informations et d'échanger des expériences.

C'est ainsi que pour les Aides-soignants, dans chaque Région un système de formation est mis en place (exposés, cours théoriques et pratiques en soins de santé, démonstrations, etc.); c'est aussi une occasion d'échanges d'expériences entre le personnel des différents postes.

Dans le souci d'avoir toujours du personnel qualifié, l'Association a ouvert un Centre de Formation d'Agents de Santé Polyvalents.

L'Association a également développé des réseaux solides en matière de formation en santé avec les responsables de l'Université de Dakar, les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et le Ministère de la santé (notamment avec les responsables chargés de la formation et de l'administration générale). L'Association travaille également en collaboration avec un réseau compétent de structures sanitaires catholiques.

En 1980, l'APSPCS s'est engagée dans la formation de laborantins et a créé ses premiers laboratoires. Des examens de base tels que KOP, ECBU, Gouttes épaisses, y sont ainsi mis en œuvre pour permettre un diagnostic plus précis et améliorer les traitements.

Des supervisions et des recyclages sont assurés par un technicien supérieur en Biologie. Actuellement l'Association compte 35 laboratoires équipés ; dont 31 sont fonctionnels.

**Ainsi il y a encore par ses formations, au vu de cette expérience, un rôle nécessaire à développer par l'ANPSCS: notamment pour le déficit en personnel soignant, qui concerne prioritairement les sages-femmes, telle que visées par le PNDS. Et l'association dispose déjà à cet effet d'une école de formation de Sages-femmes.**

En effet l'Association après avoir ouvert un Centre de Formation d'Agents de Santé Polyvalents<sup>95</sup> construit en 1992, et reconnu par arrêté ministériel le 16 mars 1995 ; assure une formation pour une durée de 2 ans à un effectif de 25 à 30 élèves par promotion de 1995 à 2001, soit 197 agents de santé polyvalents formés.

Mais le besoin de former du personnel qualifié avec un diplôme d'état devenant de plus en plus important, la formation des agents de santé polyvalents a été réorientée vers celle des Sages-Femmes d'état depuis 2002. Ainsi de 2002 à 2016 a été formées 305 sages-femmes diplômées.

Le principal défi c'est de rehausser le niveau des élèves et de mettre à la disposition des structures sanitaires, un personnel compétent avec des aptitudes et attitudes humaines pour une bonne prise en charge du couple mère –enfant.

**Ainsi toujours au vu de son option vocationnelle de rendre accessibles les soins essentiels aux populations les plus déshéritées du Sénégal, l'ANPSCS peut au-delà de la formation, aider et appuyer par son expérience à rendre réel le niveau d'accès aux soins, par une capitalisation sur ses méthodes dans ses zones d'implantation<sup>96</sup>: voir pour illustration l'exemple de Baback et Sanghé ci-dessous relaté et le rôle joué par ces structures missionnaires membres de l'ANPSCS.**

**En effet c'est un choix avéré de l'institution d'aller vers les populations déshérités, cela restant conforme à ses premières actions en santé ; car plus de ¾ de des postes de santé de l'ANPSCS, sont implantés en zone rurale et les**

---

<sup>95</sup> Ce centre construit en 1992, et délivre un diplôme délivré sous le sceau de l'Institut de Santé et Développement de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

<sup>96</sup> Baback et Sanghé sont deux villages situés dans la Communauté Rurale (CR) de Notto-Joobaas localisée au sud du département de Thiès, tandis que Fandène et Keur-Moussa, chefs-lieux de CR, se situent respectivement au nord et au nord-ouest. Ces quatre villages, fondés avant la fin du XIXe siècle, sont occupés par des populations d'ethnies différentes. Ils bénéficient de potentialités physiques non négligeables qui permettent le développement d'activités socio-économiques. Par ailleurs, les conditions climatiques défavorables, le déséquilibre financier, l'application des plans d'ajustement structurel et la dévaluation du franc CFA se sont traduits par une précarité des conditions de vie des populations sénégalaises, notamment en milieu rural. Ces conjonctures économiques ont affecté plusieurs secteurs dont celui de la santé des populations. Les femmes et les enfants constituent les couches les plus vulnérables parce qu'elles sont les plus marginalisées et les plus démunies de la société. Elles sont confrontées à une pauvreté persistante. Les femmes sont exposées à la morbidité et la mortalité durant la gestation et l'accouchement. Avec l'implantation des missionnaires dans les villages de Baback, Fandène, Keur-Moussa et Sanghé à partir des années 60, plusieurs structures de santé sont mises en place et contribuent effectivement à la prise en charge de la santé maternelle et infantile. Ces structures prennent en charge le suivi des grossesses par les visites prénatales, les vaccinations et les accouchements. Les enfants font l'objet d'une attention particulière, à travers les vaccinations, les pesées, les activités de nutrition dans les centres de protection maternelle et infantile, depuis leur naissance jusqu'à l'âge scolaire (cinq à six ans). Les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile ont beaucoup baissé ces dernières années, mais ils restent encore assez élevés au Sénégal. Le taux de mortalité maternelle est passé de 510 /100 000 naissances vivantes en 1992 à 401/100 000 naissances vivantes en 2005. Quant au taux de mortalité infanto-juvénile, il est passé de 150 ‰ en 1997 à 121 ‰ en 2005. Celui de la mortalité infantile de 70,1 ‰ en 1997 à 61 ‰ en 2005. En outre, postes de santé sont aussi confrontés à des difficultés financières. Ainsi, la gratuité des soins de santé qui prévalait dans la prestation de services des missionnaires a fait place au recouvrement des coûts par la participation financière des bénéficiaires. L'association des postes de santé privés catholiques du Sénégal (APSPCS) assure la coordination des activités dans les postes de santé pour mieux répondre aux besoins des populations en matière de santé notamment en milieu rural. Cf : L'implantation des missionnaires et leur implication dans la prise en charge de la santé maternelle et infantile dans les villages de Baback, Fandène, Keur-Moussa et Sanghé au Sénégal, de 2007 à 2011 Thèse par [Madeleine Séne](#) Soutenue en 2014 à [Paris 8](#) , dans le cadre de [École doctorale Sciences sociales. ED 401 \(Saint-Denis, Seine-Saint-Denis\)](#) .

dispensaires des zones urbaines se trouvent dans les quartiers peuplés et les grandes banlieues.

**Or c'est aussi un fait constant que les populations rurales accèdent difficilement aux services de santé, surtout lorsqu'il s'agit des services spécialisés (qui pour l'essentiel sont installés à Dakar et dans les capitales régionales) ; ceci constitue dès lors un handicap supplémentaire, car dès lors en plus du coût de la prise en charge médicale déjà élevé, il faut ajouter les frais liés au déplacement et à l'hébergement des malades et accompagnants.**

**Au regard de tous ces facteurs, la démocratisation de l'accès aux soins constitue ainsi un défi majeur à gagner pour le plus grand bénéfice des populations.**

**Et l'ANPSCS à travers les œuvres en santé de ses précurseurs et depuis sa création, est ainsi pleinement installée dans l'action vers la réalisation de cet objectif.**

**En cela elle est donc en phase avec la vision déclinée par l'Etat du Sénégal dans le PNDS, qui s'exprime ainsi: « Un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs et curatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion ».**

**Enfin dans cette même optique et grâce à sa proximité avec les populations, l'ANPSCS peut aider à promouvoir les actions en prévention. Car la volonté politique de mettre la prévention au début et à la fin de l'action sanitaire tarde à être concrétisée, à travers des programmes opérationnels au Sénégal. Or l'institution détient un capital non négligeable de méthodes de sensibilisation qui peuvent être exploitées dans la réalisation de cet objectif, qui est un gros chantier<sup>97</sup> à ouvrir.**

**Il se dessine au regard de tout ce panorama descriptif résultant des développements précédents, 3 pistes d'action pour l'ANPSCS : la formation ; la lutte pour l'accessibilité aux soins des populations ; le développement de l'accompagnement préventif.** Ces 3 pistes d'action s'insèrent parfaitement dans la vision tracée pour l'action sanitaire au Sénégal. Elles peuvent guider la réflexion à mener pour l'avenir et aider à construire une ligne directrice pour les prochaines années.

Mais tout cela ne va pas sans défis et contraintes.

---

<sup>97</sup> Le Docteur Aristide Le Dantec lorsqu'il va organiser son enseignement médical, lors de la création de l'Ecole de Médecine de Dakar, avait fondé son action sous le signe de trois préoccupations essentielles : prévention et éradication des endémo-épidémies ; protection de la maternité et de l'enfance ; éducation sanitaire des masses. C'est à croire que ses préoccupations restent actuelles.

## **B/Défis et contraintes pour l'ANPSCS**

Toutefois l'handicap majeur au regard de l'évolution de l'ANPSCS, résulte de la nécessité de lutter pour la viabilité des postes de santé, par l'assurance de la disponibilité de leurs ressources de fonctionnement.

En effet ce sont les recettes générées par les prestations offertes aux malades qui représentent le plus souvent la seule source de revenus des postes de santé. Ceci constitue une limite en raison du faible coût des soins que s'imposent sur ce plan les postes de santé, et ceci dans le souci d'aider les populations ne disposant que d'un faible pouvoir d'achat.

Et cette option est un objectif de travail pour l'ANPSCS, ce pour rendre accessibles les soins essentiels de santé aux populations les plus déshéritées. Or il y a sur ce plan un manque de soutien de l'Etat à l'association (par subvention, dotation en matériel, ou de personnel étatique).

Il faut aussi déplorer toujours dans ces relations avec l'Etat, le manque de collaboration avec certains districts sanitaires, la non attribution de zone de responsabilité à la plupart des postes existants et surtout le constat de l'ouverture de postes de santé public à proximité de celle de l'ANPCS, alors qu'une plus forte intégration de l'ANPSCS dans les politiques de l'Etat et une conjugaison commune des efforts serait encore plus bénéfique aux populations.

Toutefois il faut magnifier aussi l'appui reçu de l'Etat, permettant à l'association de s'approvisionner au niveau de la pharmacie nationale d'approvisionnement.

**Il reste donc nécessaire, de renforcer ces relations avec l'Etat par des conventions plus formalisées et complètes.**

**D'où une réflexion nécessaire à faire avec l'Etat sur les domaines d'intervention et le renforcement des relations existantes, par la voie de la contractualisation.**

Un autre handicap se situe à l'échelle interne de l'association et naît des congrégations d'origine des religieuses, par leur manque de compréhension, vis-à-vis du fonctionnement de l'association.

Cela se traduit par une collaboration souvent difficile avec les Supérieures Majeurs des Congrégations: soit au niveau de la nomination de la présidente, ou du fait de la mutation trop fréquente des déléguées de pôles et des Infirmiers Chefs de Poste.

Il y a aussi une absence de relève du personnel médical religieux résultant du manque de religieuses (soit par manque de vocation, ou par changement

d'option des congrégations): tous ces faits pouvant entraîner la fermeture de postes de santé, ou leur remise à l'Etat.

Un dernier défi résulte enfin de la gestion des ressources humaines, du fait par manque de moyens de la faible rémunération du personnel, ce qui entraîne une démotivation ou un manque de stabilité du personnel des postes.

**Toutefois cependant l'ANPCS dispose d'atouts pour agir quelle que soit ses défis, dont principalement d'abord la confiance de la population.**

Elle continue de se renforcer par la qualité de ses prestations et par la disponibilité d'un personnel qualifié, ainsi que par un développement de ses structures d'enseignement pour le renforcement de capacités.

Elle apporte ainsi sa contribution à la formation du personnel de santé du pays, par ses agents de santé polyvalents, ses sages-femmes d'état.

Elle assure une collaboration parfaite avec le Ministère de tutelle (par le respect des directives nationales de santé), et manifeste pour raffermir ses relations une disponibilité à l'Etat et à ses démembrements.

Il faut juste dans cette collaboration avec le Ministère de tutelle voir conférer à l'ANPSCS, la possibilité de relever le statut de certains postes de santé, et leur permettre d'obtenir des zones de responsabilité.

Partant de là quelle évolution de l'ANPSCS faudra t'il entrevoir dans l'avenir ?

## **C/ Evolution de l'ANPSCS vers l'avenir**

**L'ANPSCS du fait de son histoire et de son expérience acquise, détient aujourd'hui un statut et dispose d'un rôle important à jouer, au regard des attentes des populations bénéficiant de ses prestations.**

**Sur ce chemin de son évolution, il lui faudra cependant renforcer ses éléments identitaires qui font sa force.**

Et cette identité repose d'abord sur son histoire que ses membres doivent connaître, assumer et toujours savoir transmettre.

Au titre de ce renforcement identitaire, ses lieux de mémoire doivent être marqués, pour garder la trace de son évolution, et rester ainsi les témoins de ce passé. De même, son capital historique en termes d'écrits, objets et signes de toutes sortes doit être inventorié, classé et préservé pour l'avenir ; ses témoins reconnus et valorisés. Car ce socle du passé reste un ciment pour la construction de l'avenir.

Ensuite en termes de projection prospective, son actif actuel, son environnement d'évolution, ses acquis et aptitudes pour agir doivent

également être inventoriés, capitalisés, pour servir de balises et jalonner ses perspectives.

Au total c'est donc, en fidélité avec son passé, que l'ANPSCS répond toujours à l'attente de ses bénéficiaires ; attente adaptée à sa vision pour servir de boussole sur ses chemins d'avenir.

Enfin fondamentalement, sa marque spirituelle restera le ferment de l'ensemble de son action.

**Sur cette voie d'avenir de la construction de l'ANPSCS, ainsi définie, clarifiée ; des pistes stratégiques d'action paraissent cependant nécessaires à être explorées et actionnées à cet effet pour un meilleur devenir, à savoir :**

- **Une réflexion institutionnelle rigoureuse de recadrage de l'association :** car l'association doit encore s'interroger pour savoir, si ses habits institutionnels actuels sont assez adaptés par rapport à l'évolution vers laquelle elle tend ; et dès lors en conclusion de cette réflexion, réaliser sa mutation en amorçant les changements pour se réadapter dans le futur.

Il est en effet notable que dans sa dynamique fonctionnelle actuelle, l'existence structurelle du bureau national de coordination de l'association, sert pour orienter les chefs de postes de santé, et permet de leur faciliter certaines démarches administratives ; ainsi l'équipe du bureau avec une complémentarité exemplaire, travaille à plein temps malgré son nombre restreint, et effectue avec son personnel du siège national, des visites d'appui pour dynamiser les différents postes de santé ; également les pôles régionaux comme relais au bureau, existent et sont aussi fonctionnels.

Il existe aussi une bonne dynamique interne de l'association et une grande solidarité entre les différents membres, surtout concernant la gestion de l'approvisionnement en médicaments ; car le siège national assure la disponibilité des médicaments même au niveau des postes en difficulté (c'est-à-dire ceux subissant un déficit en ressources financières).

Toutefois malgré toute cette coordination il demeure encore une insuffisance et une irrégularité de la correcte supervision des différents postes de santé privés catholiques. Et il s'y ajoute comme autre handicap, les affectations assez fréquentes et imprévisibles des religieuses responsables de postes, ce qui crée des contraintes inopinées.

**Une réflexion sur la dynamique organisationnelle est donc nécessaire et opportune et doit engager toutes les parties prenantes : association et structures connexes comme les congrégations.**

- **A cette réflexion structurelle doit encore s'ajouter une revue évaluative et prospective du fonctionnement associatif, pour asseoir une opérationnalisation plus performante de l'action du terrain.** Car cette mutation dans l'action du terrain bien que nécessaire et utile devra être respectueuse de ses valeurs, de sa carte sanitaire et assurer une mobilisation facilitante des ressources adéquates. En effet c'est certes un acquis notable aujourd'hui de constater que les services fournis par les postes de santé privés catholiques sont très bien appréciés par les populations en référence à l'accueil, et aussi en raison du coût assez bas des prestations ; et elles sont ainsi très fréquentées par ces populations quelle que soit leur religion. Et la prise en charge des indigents y est donc systématique et même entièrement gratuite au niveau de certains postes de santé privés catholiques, ceci sans distinction d'ethnie ou de religion. Les médicaments essentiels y sont disponibles à moindre coût. Toutefois cette option prise en fidélité aux valeurs de l'association, et qui est celle de l'ouverture vers les plus pauvres, visant ainsi à lever les barrières à leur accès aux services de santé, est aujourd'hui cependant pour sa pérennité fortement tributaire des paramètres économiques de la gestion des postes. Car la question des ressources et de la viabilité des postes de santé se trouve sérieusement posé, avec le besoin de trouver des solutions innovantes pour l'avenir. Et c'est donc par le moyen d'une profonde réflexion qu'il sera possible d'inventer encore les nouveaux formats d'intervention adaptée à l'époque.

**Au total de ce survol historique, le fait demeure que l'ANPSCS est une institution confessionnelle. Sa Foi a guidé et guidera toujours ses choix dans ses perspectives d'évolution. Son passé a nourrit son action, et le présent l'appelle à un renouveau, vers les défis futurs.**

**Une nouvelle feuille de route doit donc se dessiner, vers une nouvelle espérance à faire naître dans ce domaine de la santé pour les populations du Sénégal.**

### **III/Le message d'avenir**

*L'année Jubilaire vécue en 2017 par l'ANPSCS, marque de sa part, 50 ans de service dans le social : par un engagement résolu au service des hommes.*

Cette action menée par les religieuses d'hier et d'aujourd'hui, se caractérise entre autres par leur résolution d'agir dans la promotion de la santé des

populations. Ainsi plusieurs générations de religieuses de différentes congrégations et venant de tous les continents, se sont données de cœur et d'âme pour que l'Homme sénégalais recouvre sa santé et retrouve sa dignité.

*Le service de la santé étant à feu continu, nos vaillantes religieuses de nuit comme de jour sont restées toujours prêtes à soulager, soigner, écouter, consoler toute personne qui frappe à leur porte.*

En fidélité à cet engagement, à ce dévouement, l'ANPSCS doit permettre d'assurer encore l'unité de l'action catholique en santé ; car s'unir apparaît comme urgent, pour se faire entendre et pour voir le monde associatif se positionner sur les grands sujets de société de notre pays, aux côtés d'autres acteurs de la société civile. La création de l'ANPSCS regroupant tous les postes de santé catholiques symbole de cette unité, apparaît ainsi comme une des activités majeures de la mission de l'Eglise du Sénégal.

De sa genèse à aujourd'hui, l'ANPSCS est un instrument pastoral incontestable, pour l'accès des populations vulnérables aux soins de santé de base, et il poursuit ainsi, depuis l'année 1967, la mission à elle confiée par les Evêques de la Province Ecclésiastique de Dakar, et ce de façon conforme et respectueuse à la stratégie définie par l'Etat du Sénégal dans son Plan National de Développement sanitaire 2009-2018.

Mais aujourd'hui, sans doute plus qu'hier, l'ANPSCS est appelée à redoubler d'ardeur au travail, à faire encore plus preuve de dévouement et d'abnégation, pour poursuivre sa marche en avant. En tant que bras technique de l'Eglise Catholique du Sénégal, fortement engagée dans l'action sociale, l'ANPSCS dispose de la ferme volonté de poursuivre les efforts de dévouement envers les plus vulnérables du pays, par le biais de l'offre de soins de qualité, soins conformes aux valeurs évangéliques et surtout, respectueux de la dignité humaine.

Car l'Etat sénégalais a besoin pour continuer à servir les populations de notre pays, du soutien de tous et surtout de l'important contributeur au développement sanitaire qu'est l'instrument pastoral de l'ANPSPC, et cela particulièrement en faveur des plus défavorisées.

Nourri donc de l'action des précurseurs, et après encore vécue cinquante ans d'existence associative, l'ANPSPC demeure plus que déterminée à contribuer dans la prise en charge de la santé des populations en particulier, les plus démunis.

L'avenir étant entre les mains de Dieu, le message pour le futur de l'association



formulé par sa Présidente<sup>98</sup>, en direction de ses Sœurs religieuses, ainsi que de tous les membres est le suivant :

Comme le dit le proverbe africain, *«si vous voulez aller vite, voyagez seul; si vous voulez aller loin, voyagez à plusieurs»*. Cet adage illustre parfaitement la nécessité de nouer des partenariats efficaces pour permettre à l'association d'accomplir sa mission.

Il s'agit d'un partenariat étroit à construire entre les membres de l'association, et avec d'autres partenaires au développement de la santé, et qui est crucial pour réaliser les objectifs assignés.

Le résultat en sera de faire en sorte que toutes les personnes qui fréquentent les structures de l'ANPSCS, aient accès aux services de santé de qualité dont ils ont besoin, sans pour autant s'exposer à des difficultés financières insupportables.

Ce vers bien connu d'un poème de William Ross Wallace, dit que «La main qui berce l'enfant est celle qui gouverne le monde.»

*«Les femmes et les enfants constituent une grande partie de la population et notamment de la frange la plus marginalisée de la population. Répondre aux besoins de santé de ce groupe spécifique est donc impératif pour atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle. Donner la priorité à la mère et à l'enfant est donc fondamental pour le développement socioéconomique de toute société»*.

Nous rappelant donc tout cela, au sortir de ce jubilé, nous exhortons l'ANPSCS, à devoir renforcer sa mission auprès des femmes et des enfants par la création future d'un « grand complexe de la vie ».

Ainsi ayant pleinement appris de son passé et renforçant ses marques identitaires l'ANPSCS, jouera pleinement un rôle privilégié pour tous les partenaires de développement qui opèrent en matière de santé communautaire dans le pays, cela grâce à sa qualité organisationnelle et ses résultats engrangés, mais tout restant en phase avec la politique de développement sanitaire mise en place par le gouvernement du Sénégal.

Aujourd'hui encore, et en conclusion l'engagement est donc renouvelée par l'ANPSCS, de mener l'aventure d'Amour, à vivre pour Dieu, dans le service du prochain, quel que soit le niveau social considéré, pour toute confession confondue ; et pour finalement dire à Haute Voix à tout homme : « Je ne te demande ni ton opinion, ni ta religion, mais quelle est ta souffrance ? », afin que par la Grace de Dieu tu sois guérie et consolé.

---

<sup>98</sup> La Présidente de l'ANPSCS est Sœur Angèle Ndione missionnaire des Sœurs Franciscaines de Marie.

Pour que Vive l'Association Nationale des Postes de Santé Catholiques du Sénégal, en route vers le centenaire, nous disons à tous : Continuons notre noble mission auprès des populations qui ont tant besoin de nos services, et réalisons au Sénégal « La santé de proximité au service des plus défavorisés ».

## Bibliographie

1. Charles Becker, Chercheur au CNRS, article « Prolégomènes à une réflexion sur l'État colonial, le droit et la santé dans l'Ouest Africain francophone » 2001
2. Histoire de l'Afrique Noire p.439, Joseph Ki Zerbo, Editions Hatier 1978
3. Albert SARRAUT, *Grandeur et Servitudes coloniales*, Paris, le Sagittaire, 1931
4. Comptoirs et Villes coloniales du Sénégal, Alain Sinou
5. Divers fascicules de la Congrégation des Sœurs de Saint Joseph de Cluny sur la vie et l'œuvre de la Bienheureuse Anne Marie Javouhey : « A la manière d'Anne Marie Javouhey, éducation à la liberté... » ; « Une grande missionnaire, Anne Marie Javouhey » ; « François Libermann – Anne Marie Javouhey, un homme, une femme pour la mission » ; « Pédagogie missionnaire, Anne Marie Javouhey » ; « Anne Marie Javouhey »
6. J. R. de Benoist, *Histoire de l'église catholique au Sénégal, du milieu du XVIe siècle à l'aube du troisième millénaire*, Paris, Karthala et Clairafrique, 2008, p. 88.
7. J.S. de La Tourasse, *De la Colonisation du Sénégal*, Paris, Arthur Savaète, 1897, p. 31
8. l'abbé D. Boilat : "Esquisses sénégalaises; Physionomie du pays; Peuplades ; Commerce; Religions; Passé et avenir ; Récits et légendes; avec un atlas".
9. Paris, P. Bertrand libr. édit., 1853. "Grammaire wolof", sur les Presses de l'Etat, 1858
10. « Production du territoire sénégalais, Professeur Lat Soucabé Mbow , Décembre 2013»
11. Constitution du 7 janvier 2001
12. Rapport Général sur les perspectives de développement du Sénégal. Situation – Problèmes – facteurs de développement, Juillet 1960
13. Ch. Becker, « *Le père Le Bret, un dominicain économiste au Sénégal (1957-1963)* », Dakar, 2007
14. Mamadou Dia, *Mémoires d'un militant du Tiers Monde*, Paris, Publisud, 1986
15. Premier Plan Quadriennal de Développement (1961-1964) ;Deuxième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1965-1969) ;Troisième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1969-1973) ;Quatrième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1973-1977) ;Cinquième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1977-1981) ;Sixième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1981-1985) ; Septième Plan Quadriennal de Développement Economique et Social (1985-1989) ;8ème Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social (1989-1995) ; 10ème Plan d'Orientation pour le Développement Economique et Social (2002-2007) ;Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP 1 (2002) ;Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2, 2006)
16. Statistiques sanitaires 1992-1993 du Sénégal ; PNDS 2009 – 2018 ; EDSc de 2014 ; 'EDSVMICS 2010 11 ; Ministère de la Santé : Carte sanitaire du Sénégal – Mise à jour 2011 ;
17. « Situation sanitaire du Sénégal, Docteur Boubacar Sarr ».
18. Evaluation du secteur privé de la santé au Sénégal USAID, novembre 2015 ;
19. Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)
20. Etude des stratégies des mobilisations des ressources dans le secteur de la santé : le cas du Sénégal Moustapha Sakho, 1996 ; « Couverture des indigents à travers les mutuelles de santé, études de cas sur les expériences du Sénégal, Ousmane Sow , Consultant septembre 2007»
21. Thèse par [Madeleine Séné](#) Soutenue en 2014 à [Paris 8](#) , dans le cadre de l'[École doctorale Sciences sociales. ED 401 \(Saint-Denis, Seine-Saint-Denis\)](#)
22. Sites internet :  
[https://www.cairn.info/revue-histoire-monde-et-cultures-religieuses\\_p10](https://www.cairn.info/revue-histoire-monde-et-cultures-religieuses_p10)  
<http://www.troupesdemarine.org/traditions/histoire/hist012.htm>;  
[http://www.asnom.org/oh/fr/0310\\_historique](http://www.asnom.org/oh/fr/0310_historique)

# Annexes :

## Annexe 1 :

### LIGNE EVANGELIQUE DIRECTRICE DU SOIN DES MALADES<sup>99</sup>

#### Introduction

Des origines de l’Eglise à nos jours, le SOIN DES MALADES s’inscrit sur une *LIGNE DIRECTRICE*, continue, au-delà des ruptures liées aux limites des hommes, quant à ses artisans et à leur motivation, et quant à ses bénéficiaires : ses artisans sont les croyants chrétiens dont la sa motivation est leur foi, et ses bénéficiaires, tout homme sans discrimination aucune, en qui il s’agit de servir tout l’homme.

Cette *ligne directrice* se prend de l’expérience biblique de l’attitude de Dieu à l’égard de l’homme, que l’hébreu traduit par le concept de *HESED*<sup>100</sup> qui veut exprimer *l’amour toujours fidèle de Dieu*, dans la diversité de son contenu.

La *hesed* devient visible, palpable, en JESUS CHRIST, comme dit S Jean :

« *Ce que nous avons entendu, ce que nous avons vu de nos yeux, ce que nous avons contemplé, ce que nos mains ont touché du Verbe de vie (...), ce que nous avons vu et entendu, nous vous l’annonçons, afin que vous soyez en communion avec nous* » (1 Jn 1, 1 ; 3).

L’amour de Dieu prend ainsi corps dans le mystère de l’Incarnation où Dieu se fait homme en *JESUS CHRIST*, pour parler à l’homme en langage humain, et parler de tout l’homme à tout homme.

Le SOIN DES MALADES, comme manifestation de la *hesed incarnée en Jésus Christ*, vient d’être intégré par le pape François dans un nouveau Dicastère, le *Dicastère pour le Service du Développement Humain Intégral*, qu’il a confié Cardinal africain Peter Kodwo Appiah Turkson, originaire du Ghana, jusqu’ici Président du Conseil Pontifical « Justice & Paix ».

Dans le Motu proprio *Humanam Progressionem*, du 17 août 2016, instituant ce Dicastère, le Pape François écrit :

« Dans tout son être et par tout son agir, l’Église est appelée à promouvoir le développement intégral de l’homme à la lumière de l’Évangile. [...] Par conséquent, (...) j’institue le Dicastère pour le Service du Développement Humain Intégral.

Ce Dicastère sera particulièrement compétent pour les questions qui concernent les migrations, les personnes dans le besoin, les malades et les exclus, les personnes marginalisées et les victimes des conflits armés et des catastrophes naturelles, les détenus, les chômeurs et les victimes de toute forme d’esclavage et de torture ».

Prenant à son compte la triple fonction de l’évêque, *Prêtre, Prophète* et *Roi*, qu’il adosse à la déclaration du Christ « Je suis la *Voie*, la *Vérité* et la *Vie* » (Jn 14, 6), l’archevêque de Dakar, Mgr Benjamin NDIAYE, a donné à son diocèse un Programme pastoral qu’il a pu appeler « *Pastorale des Trois V* » où ce *Service de Développement Humain Intégral* jouera sa partition dans la symphonie de la *Sanctification*, de l’*Enseignement* et du *Service*, qui se joue dans toute l’Eglise, sous la direction de chaque évêque dans son diocèse. A la tête de ces partitions, l’archevêque de Dakar a mis trois Vicaires épiscopaux, l’un en charge de la Liturgie, le second en charge de la Formation et le troisième en charge du Service.

---

<sup>99</sup> Dakar, le 28 octobre 2016, Archidiocèse de Dakar :Abbé Léon Diouf ,Adjoint au Vicaire épiscopal, à la Formation

<sup>100</sup> Cf. Willem VanGemeren, *La Hesed: un mot riche de sens*. Un terme très fréquent dans l’A.T., *hesed* en hébreu, est traduit par : bonté, bienveillance, grâce, miséricorde, etc. En voici une définition tirée du New international dictionary of Old Testament theology and exegesis [Nouveau dictionnaire international de théologie et d’exégèse de l’AT] dirigé par Willem VanGemeren (6e éd., USA : Zondervan, 1997), dans une traduction partielle et adaptée (cf. <http://zondervan.com>)

A l'Association Nationale des Postes de Santé Catholiques du Sénégal (ANPSCS) de saisir l'occasion de la création du *Dicastère du Service du Développement Humain Intégral*, qui entrera en fonction le 1<sup>er</sup> janvier 2017, et celle de la « *Pastorale des Trois V* », non seulement pour vérifier et/ou raffermir sa fidélité à la ligne ecclésiale directrice du soin des malades, mais encore pour rejoindre la dynamique du Développement Humain Intégral que lance le pape François, avec ce nouveau Dicastère.

Pour suivre cette *ligne ecclésiale directrice du soin ecclésial des malades*, nous l'appréhendons d'abord dans la *hesed* et les *miracles de guérison* de Jésus, concrétisation à hauteur humaine de la première. Nous chercherons ensuite à la repérer dans le « *Temps de l'Eglise* » chez les *Apôtres* d'abord, puis chez les *Pères de l'Eglise*, traducteurs socioculturels du message évangélique, suivis des *artisans du soin des malades*, dans le temps et dans l'espace, jusque chez nous, aujourd'hui.

C'est évidemment là une vue de bien haut de toute une œuvre, mais qui permet de s'attacher à un essentiel.

## **1. « Au commencement » était l'amour de Dieu**

« *Au commencement* » est bien ici une citation.

« Au commencement, Dieu créa le ciel et la terre » (Gn 1, 1). « Au commencement était le Verbe » (Jn 1, 1).

« N'avez-vous pas lu que le Créateur, dès l'origine (au commencement), les fit homme et femme » (Mt 19, 4).

Il ne s'agit pas de chronologie mais de principe, comme l'explique le pape S Jean Paul II<sup>101</sup> ; il s'agit de ce qui est de la nature des choses. Autrement dit l'*AMOUR DE DIEU* est au début et à la fin de tout, particulièrement du soin des malades. Telle est l'expérience première du croyant de l'Ancien Testament, et le centre de la vie, de l'action et de l'enseignement de Jésus Christ, dans le Nouveau Testament.

1.1. « *La Hesed : un mot riche de sens* »

C'est cet amour de Dieu pour l'homme que le concept hébreu de *hesed* s'efforce de cerner à travers le discours de l'Ancien Testament où, selon Willem VanGemeren<sup>102</sup>.

« *La hesed* de Dieu

- contrebalance la colère de Dieu,
- triomphe de la décadence d'Israël,
- motive la prière de l'homme,
- guide le peuple de Dieu
- fonde son royaume éternel ».

« *La hesed de Dieu contrebalance la colère de Dieu* » au dire du prophète Isaïe dans le Livre de la Consolation, quand Dieu, comme qui dirait, « avoue » la faiblesse propre à son amour en déclarant : « *Dans un instant de colère, je t'avais un moment dérobé ma face, mais avec un amour éternel (hesed) j'aurai compassion de toi.* » (Is 54, 8).

« *La hesed de Dieu triomphe de la décadence d'Israël* » quand, par le prophète Jérémie, Dieu dit à Israël infidèle : « *Je t'aime d'un amour éternel ; c'est pourquoi je te conserve ma bonté (hesed).* »

« *La hesed de Dieu motive la prière de l'homme* » quand Moïse, dont la prière est le type de la prière du croyant biblique, cherche à apaiser Dieu devant la révolte d'Israël par manque de confiance, à l'annonce de la puissance du peuple auquel il faut arracher la Terre promise : « *Maintenant, que la puissance du Seigneur se montre dans sa grandeur, comme tu l'as déclaré en disant : l'Éternel est lent à la colère et riche en bonté (hesed), il pardonne l'iniquité et la rébellion, mais il ne tient point le coupable pour innocent, [...] selon la grandeur de ta miséricorde (hesed).* » (Nom 14, 17-19)

« *La hesed de Dieu guide le peuple de Dieu* » lors de la sortie d'Israël d'Égypte, événement fondateur de son existence comme peuple. C'est ce que rappelle le chant de victoire après la traversée de la Mer Rouge : « *Ta grâce (hesed) a conduit ce peuple que tu as racheté, ta force l'a guidé vers ta sainte montagne* » « Ex 15, 13)

---

<sup>101</sup> Cf. Catéchèse du Mercredi 26 septembre 1979, de S Jean Paul II

<sup>102</sup> Cf. Willem VanGemeren, *La Hesed: un mot riche de sens*, in *New international dictionary of Old Testament theology and exegesis* [Nouveau dictionnaire international de théologie et d'exégèse de l'AT] dirigé par Willem VanGemeren (6e éd., USA : Zondervan, 1997), (cf. <http://zondervan.com>). Un terme très fréquent dans l'A.T. (246 fois), concept de fidélité, d'amour loyal, couramment utilisé pour définir les attitudes et les comportements des êtres humains entre eux, mais la plupart du temps (trois fois plus) pour décrire la bonne disposition et les actions bienfaitantes de Dieu envers les croyants, Israël son peuple et l'humanité en général, *hesed* en hébreu, est traduit par : bonté, bienveillance, grâce, miséricorde, etc. En voici une définition tirée du

Enfin, « *la hesed de Dieu fonde son royaume éternel* » quand elle caractérise le règne du roi, figure du Règne de Dieu. C'est ce qu'exprime le Psaume 89 quand il dit du règne de David : « *Justice et Droit sont l'appui de ton trône, Amour et Vérité (hesed) marchent devant ta face* » (Ps 89, 15)

Ainsi, avec le concept de *hesed* Israël a cherché à cerner l'attitude toute de bienveillance et de bienfaisance de Dieu à son égard. Toute l'expérience spirituelle du croyant biblique se retrouve dans ce concept, expérience à la base de son histoire de chutes et de relèvements, d'infidélités et de retours de conversion, de réussites et d'échecs. C'est aussi l'expérience des hommes et de leurs institutions.

#### 1.2. Miracles évangéliques de guérison et Hesed

Vu l'importance des miracles de guérison dans les évangiles, ne serait-ce que par leur nombre et leur diversité (guérisons physiques, morales, spirituelles)<sup>103</sup>, c'est avec raison que l'on fera le lien entre ces gestes de Jésus et la *hesed*.

De ces miracles, Mgr Joseph DORÉ discerne autres significations celles-ci :

- « *l'existence humaine est corporelle* »,
- l'homme est « *remis à lui-même et confié aux autres* »,
- l'homme est « *logé à la fois à l'échelle du temps et à celle de l'eschatologie* ».

Il ne faudra évidemment pas oublier la **signification première** des miracles de guérison, sous-jacente aux significations particulières. Elle n'est autre que *le but du ministère de Jésus*, qui « *n'est pas d'opérer miracles et guérisons, mais d'annoncer la bonne nouvelle du règne de Dieu* » (Lc 4, 43) »<sup>104</sup>

Cette signification première doit être aussi celle de l'action de ceux qui s'engagent dans le soin des malades. C'est de faire vivre quelque chose le Royaume : la santé. Il ne s'agit pas de prosélytisme mal placé ; il s'agit de fidélité à Dieu et à l'homme. A l'instar des miracles de Jésus qui disaient la présence du Royaume parmi ses auditeurs, le soin des malades dit la présence du Royaume dans le milieu du malade.

##### 1.2.1. « **L'existence humaine est corporelle** »

Pour S Jean Paul II, « *Lorsque le Verbe s'est fait chair, le corps est entré dans la théologie par la grande porte* »<sup>105</sup>. Les miracles évangéliques concernent tout l'homme et ne connaissent aucune discrimination, même si Jésus Christ n'a pu, bien sûr, guérir tous les malades de son temps. Ils disent l'importance du corps ou plus exactement que « *l'existence humaine est corporelle* », l'homme est corps et esprit.

##### 1.2.2. « **L'homme est remis à lui-même et aux autres** »

« *Lève-toi, prends ton grabat et marche* » (Jn 5, 8), dit Jésus à l'infirme de la porte de Bethzatha. De même, au paralytique descendu à ses pieds par une ouverture du toit, il dit : « *lève-toi et, prenant ta civière, va chez-toi* » (Lc 5, 24). A la femme amenée à son tribunal, il dit « *Va, désormais ne pêche plus* », (Jn 8, 11), veille à ne plus retomber dans la tentation.

##### 1.2.3. **L'homme participe du présent et de l'« à-venir »**

Voyant la foi de ceux qui prenaient soin de lui, Jésus dit au paralytique « *Homme, tes péchés te sont remis* » (Lc 5, 30) Pour n'avoir pas perçu qu'il agissait au double plan du présent et de l'éternité, certains des témoins du miracle se font interpellé par Jésus : « *Pour que vous sachiez que le Fils de l'homme a le pouvoir sur la terre de remettre les péchés, je te l'ordonne, dit-il au paralysé, lève-toi et, prenant ta civière, va chez toi. Et, à l'instant même, se levant devant eux, et prenant ce sur quoi il gisait, il s'en alla chez lui en glorifiant Dieu* (Lc 5, 23-25)

Ces trois enseignements peuvent nous servir de **repères** pour vérifier la fidélité de nos soins des malades à l'Évangile. Cette vérité est dans le **Développement Humain Intégral** que traduisent ces trois repères évangéliques. Pouvons-nous déceler ces repères dans le soin des malades dans l'histoire de l'Église ou plus précisément dans l'histoire du soin des malades dans l'Église ?

---

<sup>103</sup> Mgr Joseph DORÉ, archevêque de Strasbourg, « *Ce que les miracles de guérison de Jésus nous enseignent* », intervention faite le 6 mars 2002, à l'occasion d'une rencontre avec les « Acteurs de la Santé » dans le cadre de la visite pastorale de la Communauté urbaine de Strasbourg

<sup>104</sup> Groupe d'études des Assemblées et Eglises Évangéliques en Suisse Romande, Document rédigé sur la base d'un exposé de Marc LÜTHI, février 2005

<sup>105</sup> S Jean Paul II, « *Catéchèse du Mercredi 2 avril 1980* », dans *La Théologie du Corps*, ensemble des 129 catéchèses du Mercredi, de 1978 à 1984, donnant « *la vision intégrale de la personne humaine - corps, âme et esprit - développée par le Pape Jean Paul II* », , <http://theologieducorps.fr>,

## 2. Au « temps de l’Eglise »

On entend par « *Temps de l’Eglise* », l’histoire séparant la Résurrection du Christ et la Parousie ou son retour dans la gloire.

« Le temps, pour les chrétiens comme pour les Juifs, a un but, un « *telos* »<sup>106</sup>. L’Incarnation est déjà un événement décisif à cet égard. « L’avenir n’est plus, comme dans le judaïsme, le « *telos* » donnant un sens à toute l’histoire<sup>107</sup>. » L’eschatologie se situe dans une perspective nouvelle, en un sens elle est secondaire, elle appartient comme paradoxalement au passé elle aussi, puisque le Christ l’a en quelque sorte abolie par la certitude apportée du salut. Mais il s’agit d’achever ce que le Christ a une fois pour toutes engagé. La parousie n’a pas été seulement préfigurée le jour de la Pentecôte, elle a déjà commencé — mais doit être achevée avec le concours de l’Eglise, clercs et laïcs, apôtres, saints et pécheurs. Le « devoir missionnaire de l’Eglise, la prédication de l’Evangile, donne au temps compris entre la résurrection et la parousie son sens dans l’histoire du salut »<sup>108</sup>. Le Christ a apporté la certitude de l’éventualité du salut, mais il reste à l’histoire collective et à l’histoire individuelle de l’accomplir pour tous et pour chacun. D’où le fait que le chrétien doit à la fois renoncer au monde qui n’est que sa demeure transitoire et opter pour lui, l’accepter et le transformer puisqu’il est le chantier de l’histoire présente du salut. O. Cullmann offre à ce propos une interprétation très convaincante d’un passage difficile de saint Paul (I Cor 7, 29-31)<sup>109</sup>

On ne résume pas 20 siècles d’histoire ; l’on peut, par contre, chercher à retrouver les **repères de l’authentique soin des malades**, dans l’espace et le temps de 20 siècles de l’Eglise. Comme annoncé, nous le ferons trop brièvement, certes, d’abord chez les **Apôtres**, à l’œuvre immédiatement après Christ, puis dans l’**Eglise locale** des **Pères de l’Eglise**, premiers traducteurs socioculturels du message évangélique, et des **Missionnaires** dont l’action parvenue jusqu’à nous.

### 2.1. Les Apôtres et les Diacres

S’agissant des Apôtres, il y a lieu de séparer, chez eux, le « temps de l’Eglise » à proprement parler, du temps de la mission où le Christ les envoie avant la Passion (cf. Mt 10, 1-15) : « parmi les brebis perdues de la maison d’Israël », « avec le pouvoir de chasser les esprits impurs et de guérir toute maladie et toute infirmité », injonctions d’éviter les païens, de ne prendre ni provisions ni argent, etc.), en somme, un ministère d’urgence pour Israël, avant la Passion ; il fallait proclamer au peuple élu la proximité du Royaume.<sup>110</sup>

Par contre, les miracles de guérison opérés par Pierre et Paul, représentant les Apôtres, et par les Diacres, tel Philippe, appartiennent au « temps de l’Eglise ».

#### 2.1.1. Guérison de Pierre et Jean

« Pierre et Jean montaient au Temple pour la prière de la neuvième heure. Or on apportait un impotent de naissance qu’on déposait tous les jours à la porte du Temple appelée la Belle, pour demander l’aumône à ceux qui y entraient. Voyant Pierre et Jean sur le point de pénétrer dans le Temple, il leur demanda l’aumône. Alors Pierre fixa les yeux sur lui, ainsi que Jean, et dit : " Regarde-nous. " Mais Pierre dit : " De l’argent et de l’or, je n’en ai pas, mais ce que j’ai, je te le donne : au nom de Jésus Christ le Nazôréen, marche ! " Et le saisissant par la main droite, il le releva. A l’instant ses pieds et ses chevilles s’affermissent ; d’un bond il fut debout, et le voilà qui marchait. Il entra avec eux dans le Temple, marchant, gambadant et louant Dieu » (Ac 3, 1-8).

#### 2.1.2. Guérisons de Paul

« Dieu opérait par les mains de Paul des miracles peu banals, à tel point qu’il suffisait d’appliquer sur les malades des mouchoirs ou des linges qui avaient touché son corps : alors les maladies les quittaient et les esprits mauvais s’en allaient ». (Ac 19, 11)

---

<sup>106</sup> La fin de ce à quoi les choses se rattachent, le but

<sup>107</sup> O. Cullmann, *Temps et histoire dans le christianisme primitif*, 1947, p. 93, cité par Jacques Le Goff, dans *Au Moyen Âge : temps de l’Eglise et temps du marchand* [article], in *ANNALES. Économies, Sociétés, Civilisations*. 15<sup>e</sup> année, N. 3, 1960.417 - 433

<sup>108</sup> *Ibidem*, 98

<sup>109</sup> « Je vous le dis, frères : le temps se fait court. Que désormais ceux qui ont femme vivent comme s’ils n’en avaient pas ; ceux qui pleurent, comme s’ils ne pleuraient pas ; ceux qui sont dans la joie, comme s’ils n’étaient pas dans la joie ; ceux qui achètent, comme s’ils ne possédaient pas ; ceux qui usent de ce monde, comme s’ils n’en usaient pas vraiment. Car elle passe, la figure de ce monde ». (1 Co 7, 29-31)

<sup>110</sup> Groupe d’études des Assemblées et Eglises Evangéliques en Suisse Romande, *MALADIE ET GUERISON DANS L’EGLISE Recherche biblique*, p 8

### 2.1.3. Guérisons du Diacre Philippe

« Philippe, qui était descendu dans une ville de la Samarie, y proclamait le Christ. (...). De beaucoup de possédés, en effet, les esprits impurs sortaient en poussant de grands cris. Nombre de paralytiques et d'impotents furent également guéris » (Ac 8, 5-7)

## 2.2. Guérisons dans toute Eglise locale

Appartient également au « temps de l'Eglise », les soins aux malades dans l'Eglise locale dont témoigne l'épître de Jacques, épître « *catholique* »<sup>111</sup> parce que adressée à l'Eglise partout où elle vit

« Quelqu'un parmi vous est-il malade ? Qu'il appelle les presbytres de l'Eglise et qu'ils prient sur lui après l'avoir oint d'huile au nom du Seigneur. La prière de la foi sauvera le patient et le Seigneur le relèvera. S'il a commis des péchés, ils lui seront remis ». (Jc 5, 14-15)

Il s'agit non de l'affaire d'un individu mais de l'affaire de la *Communauté ecclésiale locale*, représentée par ses *Anciens*. Si les guérisons des Apôtres et des Diacres de l'Eglise de Jérusalem relevaient d'un pouvoir de ceux-ci, la guérison de l'Eglise locale dont parle l'épître de Jacques relève du pouvoir de la Communauté.

## 2.3. Au temps des Pères de l'Eglise : II-V siècle.

« On appelle "**Pères de l'Eglise**" les auteurs anciens qui ont contribué à formuler la doctrine chrétienne et son vocabulaire théologique, et ce essentiellement pendant les 5 premiers siècles du christianisme. Leur autorité, souvent invoquée, repose sur leur proximité historique avec les origines et sur leur effort intellectuel pour approcher par des mots le mystère de la foi »<sup>112</sup>.

La **continuité** de la ligne directrice du soin des malades est portée par la *Tradition apostolique*, « transmission du message du Christ, qui s'accomplit, depuis les origines du christianisme, par la prédication, le témoignage, les institutions, le culte, les écrits inspirés »<sup>113</sup>; Tradition apostolique et Eglise ont même origine. Un des Pères de l'Eglise, **S Jérôme** (347-420) témoigne excellemment de cette continuité quand il traduit l'hébreu *hesed* par le latin *caritas*, cherté, (par opposition à *vilitas*, vil prix); *cherté*, substantif de *carus*, cher, coûteux, précieux, estimé, *aimé*, a donné naissance à *amour*, au sens de la **charité chrétienne**, décrite par S Paul (cf. 1Co 13, 4-7), et qui est l'inspiratrice des soins des malades et de tous ceux que vise aujourd'hui le *Dicastère du Service de l'Humain Intégral*.

Les soins apportés par les Pères de l'Eglise sont, bien sûr, du niveau technique de la prise en charge de l'homme de leur époque. On ne peut cependant ne pas admirer leur action.

### 2.3.1. Basile le Grand (330-379)

De **S Basile le Grand**, Wikipédia peut écrire : « En 370, il devient évêque de Césarée. Son engagement pendant la famine, les institutions qu'il crée et qui portent son nom (*Basiliade*) en ont fait l'un des précurseurs du **christianisme social**.

### 2.3.2. S Jean Chrysostome (344-407)

De même, **S Jean Chrysostome** (344-407) « fut exilé par l'impératrice Eudoxie, parce qu'il l'avait accusée publiquement d'avoir usurpé la vigne d'une veuve destinée à l'hôpital des pauvres dont il avait la charge »<sup>114</sup>.

### 2.3.3. S Jérôme (347-420)

Quant à **S Jérôme**, il est un de ceux qui ont mieux pris la mesure des misères de son temps. A propos de de **Fabiola** († 400), Romaine noble convertie sous son influence, il écrit « Elle fut la première à construire un hôpital pour accueillir tous les malades qu'elle trouvait sur son chemin: nez rongés, orbites vides, pieds et mains desséchés, ventres gonflés, cuisses squelettiques, chairs putrides fourmillant de vers... Que de fois n'a-t-elle pas porté sur ses épaules des malades rongés par la lèpre. Elle les nourrissait elle-même et faisait boire à ces cadavres vivants une tasse de bouillon... » (Lettre LXXVII)<sup>115</sup>.

<sup>111</sup> Cf. Introduction aux épîtres catholiques, Bible de Jérusalem

<sup>112</sup> *La Crois – Croire* : <http://croire.la-croix.com>

<sup>113</sup> *Catéchisme de l'Eglise catholique – Abrégé*, n°12 : « En quoi consiste la Tradition apostolique ? »

<sup>114</sup> Cf. P. CARLO CREMONA, Journaliste vaticaniste, de la Radiotélévision italienne, <http://www.vatican.va>, *L'attention au malade chez les Pères de l'Eglise*

<sup>115</sup> Cf. P. CARLO CREMONA, *ibidem*.



### 2.3.4. S Augustin (354-430)

Quant à S **Augustin**, outre que dans sa Règle monastique, tout un chapitre est consacré à l'assistance aux malades, un de ses mots au sujet de Marthe et Marie (Lc 10, 38-42) traduit bien son sens de la charité chrétienne, pour ne pas en confondre la vérité et l'urgence : « *Caritatis veritas* », la vérité de la Charité : **Marie** ; « *Necessitas caritatis* », l'intervention d'urgence de la Charité : **Marthe**.<sup>116</sup>

## 2.4. Fidélité à Dieu et à l'Homme

Selon Le Larousse, « Le Moyen Âge occidental (V - XV s) est traditionnellement situé entre la chute du dernier empereur romain d'Occident (476) et la découverte de l'Amérique (1492), même si ces deux dates sont arbitraires et restent discutables ».

### 2.4.1. Caractéristiques du Moyen Age européen

Sa civilisation « se définit par quatre caractéristiques majeures :

- le morcellement de l'autorité politique et le recul de la notion d'État ;
- une économie à dominante agricole ;
- une société cloisonnée entre une noblesse militaire, qui possède la terre, et une classe paysanne asservie ;
- enfin, un **système de pensée fondé sur la foi religieuse et défini par l'Église chrétienne** »

Ces caractéristiques expliquent le type d'intervention de l'Église en faveur de l'homme, sa motivation étant toujours la même : l'*amour-hesed* incarné en *Jésus Christ*.

### 2.4.2. Spiritualité chrétienne du soin des malades

Dans l'empire romain, avant l'influence chrétienne, la prise en charge de l'homme, malade ou dans le besoin de quelque manière, était une affaire familiale ou de communauté d'origine, ou encore de quelque association vivant de cotisations.

C'est une réaction naturelle que l'on trouve dans divers milieux du monde, tels les milieux africains, ayant comme base la parenté ou une communauté de culture ou de religion : l'émigré va à la recherche de sa famille, souvent la famille large, ou à la recherche de compatriotes et/ou de ses coreligionnaires.

Avec le christianisme apparaît donc une assistance fondée sur la spiritualité de ses acteurs, qui accueillent, au nom de leur foi, sans discrimination, même les ennemis (cf. Lc 6, 27-35 ; cf. Mt 5, 43-48). Hospitalité et service des malades et des pauvres s'en trouvent étroitement liés à l'Église.

### 2.4.3. Une spiritualité pour toute médecine

Mais le lieu d'hospitalité n'est pas encore un lieu de soins médicaux. Il s'agit d'accueillir des malades pauvres, des vieillards et des infirmes, des enfants abandonnés ou orphelins. Quant à l'aspect médical, il sera toujours de son époque.

Pour beaucoup de milieux (africains, asiatiques ou européens), la médecine s'est identifiée, pendant des millénaires, à des pratiques magiques et religieuses tant qu'ils n'avaient pas croisé une médecine indépendante ; ce qui ne signifie pas d'ailleurs que la médecine est indépendante de la religion. Que la médecine se limite à la thérapeutique par les **plantes** et à quelques opérations telles que la **réduction des fractures**, ou qu'elle arrive à un très haut niveau de technicité comme aujourd'hui, elle n'évacue pas par elle-même la religion. Il s'agit d'intégration et d'inclusion et non d'opposition et d'exclusion.

C'est avec cet esprit qu'il faut traverser la Renaissance européenne (XV –XVI s.), le Siècle des Lumières et de la Révolution Française (XVIII s.), les XIX et XX s. qui voient le prodigieux développement de la Mission, dans le contexte de l'expansion de l'Europe, avec sa colonisation de l'Afrique, de l'Asie et de l'Océanie mais aussi avec ses grandes découvertes en matière de santé et d'autres, susceptibles de servir la *hesed*.

## 2.5. Des questions porteuses de la fidélité à Dieu et à l'Homme

Pour interroger les Œuvres missionnaires des siècles qui ont suivi le Moyen Age européen (XV-XVIII s) ainsi que la prodigieuse expansion missionnaire du XIX-XX s, sur leur *fidélité à la ligne directrice* du soin des malades, nous pouvons encore nous servir des trois repères empruntés à Mgr Joseph DORE :

- « *l'existence humaine est corporelle* »,
- l'homme est « *remis à lui-même et confié aux autres* »,
- l'homme « *logé à la fois à l'échelle du temps et à celle de l'eschatologie* ».

Mais plutôt qu'une enquête plus ou moins statistique au sujet de ces repères, nous voudrions retenir des **questions** à leur sujet, dont la réponse est porteuse de la *fidélité à la ligne directrice* du soin des malades. Nous

---

<sup>116</sup> Cf. P. CARLO CREMONA, *ibidem*

posons ces questions à **l'expansion missionnaire des XIX-XX siècle**, parce que, Sénégalais, nous y sommes plus directement impliqués. Nous les posons comme pistes de recherche d'une plus grande fidélité à Dieu et à l'Homme, plus que nous y apportons de réponse.

### **2.5.1. « L'existence humaine est corporelle »**

La question qui se pose ici est celle de l'articulation entre soin local des malades et soins apportés par la Mission. Comment introduire les fruits des découvertes médicales européennes chez le patient sénégalais, surtout quand il est encore proche de ses racines culturelles, pour que, non seulement ces fruits soient simplement reçus mais encore pour qu'ils soient l'objet d'une appropriation qui passe par leur jonction avec les soins locaux ?

C'est une question de fidélité vivante à la culture du patient sénégalais. *Fidélité vivante*, c'est-à-dire capacité de retrouver ce qui est véritablement au service de « *l'existence humaine corporelle* » dans les soins locaux du malade, pour l'élargir en direction du développement humain intégral qui n'est tel qu'en étant corporel aussi.

C'est partout que l'on peut effectivement constater que « l'intérêt porté par les êtres humains à la maladie et à la santé est universel ». C'est partout aussi, en milieu encore proche de ses racines culturelles originelles, que l'on peut faire le constat aussi qu'à toutes les thérapeutiques, des plus simples au plus complexes, sont sous-jacentes des représentations et des valeurs. Ne pas tenir compte de ces représentations et valeurs dans une fidélité vivante, c'est manquer de fidélité à Dieu et l'homme de ces représentations et valeurs.

Pour la vérification de sa fidélité à Dieu et à l'Homme, comme pour une prospective dans cette fidélité, l'ANPSCS ne peut éluder une telle question.<sup>117</sup>

### **2.5.2. L'homme est « remis à lui-même et confié aux autres »**

« Dans tout son être et par tout son agir, l'Église est appelée à promouvoir le développement intégral de l'homme à la lumière de l'Évangile », dit le pape François, dans le Motu proprio *Humanam Progressionem*, du 17 août 2016, instituant le Dicastère du Service du Développement Humain Intégral.

Que l'homme soit « *remis à lui-même et confié aux autres* » est un enseignement qui se prend directement des recommandations du Christ lui-même à plusieurs des bénéficiaires de ses miracles de guérison. Ainsi du paralytique de Luc 5 :

« *Arrivent des gens, portant sur une civière un homme qui était paralysé ; ils cherchaient à le faire entrer pour le placer devant Jésus. Mais, ne voyant pas comment faire à cause de la foule, ils montèrent sur le toit et, en écartant les tuiles, ils le firent descendre avec sa civière en plein milieu devant Jésus. Voyant leur foi, il dit : « Homme, tes péchés te sont pardonnés. » Les scribes et les pharisiens se mirent à raisonner : « Qui est-il celui-là ? Il dit des blasphèmes ! Qui donc peut pardonner les péchés, sinon Dieu seul ? » Mais Jésus, saisissant leurs pensées, leur répondit : « Pourquoi ces pensées dans vos cœurs ? Qu'est-ce qui est le plus facile ? Dire : "Tes péchés te sont pardonnés", ou dire : "Lève-toi et marche" ? Eh bien ! Afin que vous sachiez que le Fils de l'homme a autorité sur la terre pour pardonner les péchés, – Jésus s'adressa à celui qui était paralysé – *je te le dis, lève-toi, prends ta civière et retourne dans ta maison.* » » (Lc 5, 18-24)*

Ce sont bien les siens qui déposent le paralytique aux pieds de Jésus. Guéri, c'est à lui que Jésus dit « *prends ta civière et retourne chez toi* ». Quant au chef de synagogue nommé Jaïre, après avoir ressuscité sa fille, Jésus lui recommande de lui donner à manger (cf. Mc 5, 43).

Il ne fait aucun doute que c'est toute une générosité qui est derrière la prise en charge des malades dans l'œuvre missionnaire, et, sauf exception, sans aucune attente en retour, pas même, et surtout pas même, la conversion au christianisme. Par contre, les acteurs de l'œuvre missionnaire ont-ils toujours eu le souci efficace d'amener leurs bénéficiaires à se prendre en charge ?

Le proverbe est connu qui entend qu'il vaut mieux apprendre à pêcher à celui qui demande du poisson que de lui en donner tous les jours. Il ne s'agit pas seulement d'une affaire de sagesse humaine. La vérité de fond engagée ici est exprimée par le mot de S Irénée : « *La gloire de Dieu, c'est l'homme vivant, et la vie de l'homme, c'est la connaissance de Dieu* ». Autrement dit, traiter l'homme comme à la fois « remis à lui-même et confié aux autres », c'est faire preuve de fidélité à Dieu et à l'homme.

Pour la vérification de sa fidélité à Dieu et à l'Homme, comme pour une prospective dans cette fidélité, l'ANPSCS ne peut éluder cette seconde question.

---

<sup>117</sup> Dans les Journées de « Recherche de Théologie africaine », au Foyer de Charité du Cap des Biches, où le personnel des Dispensaires et Centres de santé, disponible le Dimanche, prenait une part très active, la question a fait de réflexions à propos des rites de la naissance et des pratiques pharmacopiques qui s'y observent ou ailleurs.

### 2.5.3. L'homme « logé à la fois à l'échelle du temps et à celle de l'eschatologie »

Ce troisième repère se prend du récit du même miracle du paralytique guéri de Luc 5. *Voyant leur foi, il (Jésus) dit : « Homme, tes péchés te sont remis »* (Lc 5, 20). Par ces mots, le Christ prend en charge cet homme précisément dans sa dimension eschatologique, sa dimension éternelle, sa dimension céleste ou verticale, en rapport avec sa dimension horizontale, temporelle où intervient de manière visible le miracle de guérison.

Mais n'oublions pas que le miracle concerne l'homme intégral. Or, c'est précisément dans cet Humain Intégral au service duquel le pape François institue un Dicastère du Service de Développement qu'il faut inscrire nos soins des malades. Un tel Dicastère se comprend dans le comportement de Jésus dont Mgr Joseph DORE dit : *« Si l'on s'en rapporte à ses comportements, Jésus ne considère pas le corps comme un vêtement, comme l'instrument temporaire d'un essentiel de l'homme qui serait son intériorité. Il ne nous dit pas que l'important serait seulement l'âme ou la conscience, qui pendant un temps « auraient » un corps, dont elles se serviraient, qu'elles habiteraient, qu'elles seraient même invitées à traiter de manière plutôt correcte... mais qui, en fin de compte, ne leur serait pas essentiel, qu'il leur faudrait au contraire sans cesse déprécier, et dont il leur faudrait même toujours chercher à se détacher, à se distancer, à se démarquer »*<sup>118</sup>.

Comment les acteurs de la santé, dans l'Église, vont-ils travailler de manière à faire participer leur action au développement intégral des patients, à leur développement physique, morale et spirituel, à leur développement individuel et communautaire, à leur développement d'homme ou de femme, à leur développement d'époux ou d'épouse, à leur développement de parent ou de fils, à leur développement de citoyen responsable du développement de son pays, d'habitant de la « maison commune » responsable de la santé de la planète Terre ... ?

La question peut paraître trop vaste pour réelle. Mais ne s'agit-il pas de perspective dans laquelle il faut inscrire nos soins de santé pour qu'ils atteignent cette dimension ?

Ici encore il s'agit de vérification de fidélité à Dieu et à l'Homme, à prendre une prospective dans cette fidélité. L'ANPSCS ne peut non plus éluder une telle question.

#### **Conclusion**

Un Cinquantenaire est un point d'arrivée et de départ. À l'arrivée, l'Association Nationale des Postes de Santé Catholique du Sénégal (ANPSCS) fait le point de sa fidélité à Dieu et l'Homme, singulièrement dans ses soins curatifs. Au départ, elle adopte la philosophie de Gaston Berger, aux origines sénégalaises, convaincue le passé est fait une fois pour toutes, que seul reste à faire le futur pour lequel nous disposons du présent. C'est précisément dans l'esprit du Dicastère du Service du Développement Humain Intégral que l'ANPSCS doit se faire prospective.

---

<sup>118</sup> Mgr Joseph DORE, archevêque de Strasbourg, *ibidem* : « *Ce que les miracles de guérison de Jésus nous enseignent* »

