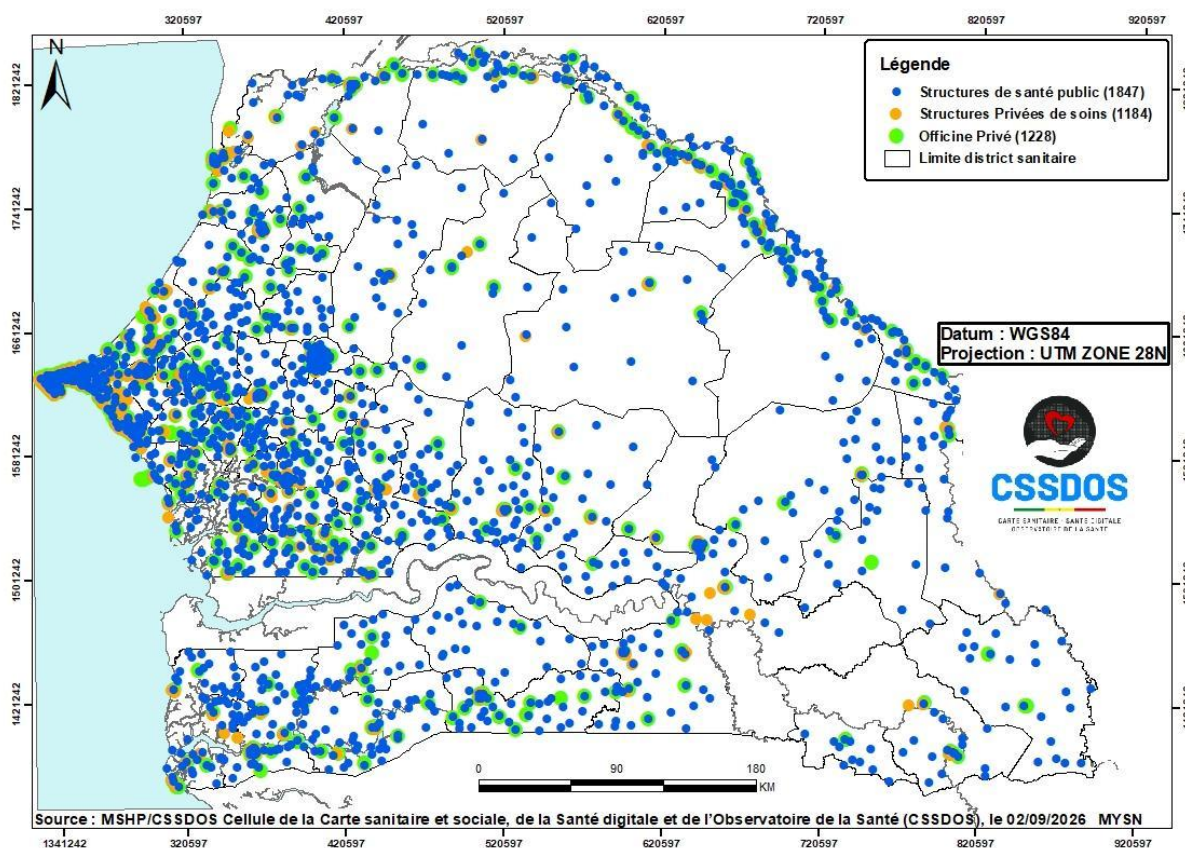


CARTE SANITAIRE 2026

TOME 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE ET PRINCIPALES RECOMMANDATIONS



“ La Carte Sanitaire 2026, un levier de transformation de l’offre de soins pour plus d’accessibilité et de performance ”

VF01 10SEPT26

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES TABLEAUX	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
PRÉFACE	6
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	7
INTRODUCTION	9
1. FONDEMENTS DE L'ACTUALISATION DE LA CARTE SANITAIRE	10
1.1. FONDEMENTS JURIDIQUES	10
1.2. FONDEMENTS LIES AU CONTEXTE INTERNATIONAL	10
1.3. FONDEMENTS EXTRAITS DE L'AGENDA DE TRANSFORMATION SENEGAL 2050	10
<i>1.3.1. Nouvelle vision politique transformationnelle</i>	10
<i>1.3.2. Réformes majeures sectorielles de mise en œuvre de l'Agenda Sénégal 2050</i>	11
<i>1.3.3. Nouvelle vision d'aménagement du territoire autour de huit pôles territoires</i>	11
1.4. FONDEMENTS DEMOGRAPHIQUES, ECONOMIQUES ET SANITAIRES	12
<i>1.4.1. Démographie galopante à la fois jeune et vieillissante</i>	12
<i>1.4.2. Urbanisation rapide occasionnant un retard dans l'adaptation du système de santé</i>	12
<i>1.4.3. Situation socio-économique marquée par des mesures de redressement économique</i>	13
<i>1.4.4. Défis actuels pour un système de santé équitable et performant</i>	13
2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	14
2.1. PROCESSUS DE REVISION DES NORMES DE L'OFFRE DE SOINS	14
<i>2.1.1. Identification des parties prenantes</i>	14
<i>2.1.2. Analyse des parties prenantes</i>	15
<i>2.1.3. Actions d'implication</i>	16
<i>2.1.4. Détermination des besoins globaux et prioritaires en structures sanitaires</i>	16
2.2. ANALYSE SWOT	17
2.3. LIMITES DE LA METHODOLOGIE	18
3. DÉFIS	18
4. CAP 2030	19
4.1. VISION DE L'OFFRE DE SOINS A L'HORIZON 2030	19
4.2. OBJECTIFS	19
<i>4.2.1. Objectif général</i>	19
<i>4.2.2. Objectifs spécifiques</i>	19
4.3. PRINCIPES DIRECTEURS DE LA CARTE SANITAIRE	19
<i>4.3.1. Globalité</i>	19
<i>4.3.2. Intégration</i>	20
<i>4.3.3. Proximité</i>	20
<i>4.3.4. Équité</i>	20
<i>4.3.5. Viabilité et durabilité</i>	20

4.3.6.	<i>Rationalisation des ressources et solidarité</i>	20
5.	PRÉSENTATION DES DOCUMENTS DE LA CARTE SANITAIRE 2026	21
5.1.	TOME 1 : INTRODUCTION GENERALE ET RECOMMANDATIONS DE MISE EN ŒUVRE	22
5.2.	TOME 2 : ANALYSE SITUATIONNELLE NATIONALE DE L'OFFRE DE SOINS	22
5.3.	TOME 3 : NORMES DE LA CARTE SANITAIRE	22
5.4.	TOME 4 : PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DE LA CARTE SANITAIRE (PROJET D'INVESTISSEMENT)	23
5.5.	TOME 5 : MANUEL DE PROCEDURES DE LA CARTE SANITAIRE	23
6.	INNOVATIONS DE LA NOUVELLE CARTE	23
7.	PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE MISE EN ŒUVRE	30
7.1.	RECOMMANDATIONS POUR LE CABINET DU MSHP	31
7.2.	RECOMMANDATIONS DESTINEES AUX PARLEMENTAIRES, AU MINISTERE CHARGE DES FINANCES ET DU PLAN	31
7.3.	RECOMMANDATIONS DESTINEES AUX MINISTERES CHARGES DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE	32
7.4.	RECOMMANDATION DESTINEE AU MINISTERE CHARGE DES INFRASTRUCTURES	32
7.5.	RECOMMANDATIONS DESTINEES AU MINISTERE CHARGE DE L'INTERIEUR	33
7.6.	RECOMMANDATIONS DESTINEES AUX COLLECTIVITES TERRITORIALES	33
7.7.	RECOMMANDATIONS DESTINEES AUX CENTRES DE RESPONSABILITE DU MSHP	34
8.	PERSPECTIVES	35
9.	PLAN DE MITIGATION	35
	CONCLUSION	36
	COMITÉ DE RÉDACTION	37
	DÉFINITIONS DES CONCEPTS	38
	LISTE DE PARTICIPANTS AU PROCESSUS	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Analyse du rôle des parties prenantes	15
Tableau 2 : Analyse SWOT	17
Tableau 3 : Libellé et description des cinq tomes de la nouvelle carte sanitaire	21
Tableau 4 : Recommandations destinées au cabinet du MSHP	31
Tableau 5 : Recommandations destinées aux parlementaires, au ministère chargé des finances	31
Tableau 6 : Recommandations destinées aux Ministères chargés de l'Enseignement supérieur et de la Formation professionnelle	32
Tableau 7 : Recommandation destinée au ministère chargé des Infrastructures	32
Tableau 8 : Recommandation destinée au ministère chargé de l'Intérieur	33
Tableau 9 : Recommandations destinées aux Collectivités locales	33
Tableau 10 : Recommandations destinées aux centres de responsabilité du MSHP	34
Tableau 11 : Mesures de mitigation	36

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CSSDOS : Cellule de la Carte sanitaire et sociale, de la Santé digitale et de l'Observatoire de la Santé

DEM : Direction des Équipements et de la Maintenance

DGES : Direction générale des Établissements de Santé

DGS : Direction générale de la Santé

DPI : Dossier Patient informatisé

DPRS : Direction de la Planification, de la Recherche et des Statistiques

DL : Direction des Laboratoires

DRH : Direction des Ressources humaines

ECD : Équipe cadre de district

ECR : Équipe cadre de région

PPP : Partenariats publics privés

PMR : personnes à mobilité réduite

PRES : Plan de Redressement économique et sociale

MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique

PRÉFACE



Conformément aux directives gouvernementales, nos équipes ont adapté la Carte sanitaire à l'Agenda national de transformation 2050. Face aux défis liés à la croissance démographique, à l'évolution des besoins de la population, aux disparités d'accès aux soins, à l'urbanisation rapide et à l'émergence de nouveaux pôles territoriaux, une refonte de notre offre de soins s'imposait.

La Carte sanitaire 2026 traduit une volonté politique claire d'opérer un changement de paradigme, axé sur la promotion de la santé, l'équité territoriale et la souveraineté dans l'accès aux soins, notamment en réduisant la dépendance vis-à-vis de l'étranger. Cette transformation de l'offre de soins repose sur six orientations majeures (I) une autonomie des pôles territoriaux dans la prise en charge de leurs usagers, avec des structures hospitalières d'excellence ; (II) une discrimination positive en faveur des déserts médicaux ; (III) une départementalisation des soins spécialisés et une communalisation universelle des centres de santé ; (IV) une optimisation de l'utilisation des ressources sanitaires partageables (lits, personnels de santé, équipements médicaux, ...) au sein des pôles, à travers la mise en place de Groupements hospitaliers de pôles, et au sein des hôpitaux, à travers des pôles d'activités ; (V) un renforcement de la fonction de promotion de la santé des structures de santé ; (VI) une gouvernance forte et décentralisée de la Carte sanitaire, reposant sur des districts sanitaires suffisamment outillés et sur des instances de dialogue entre les différents acteurs.

Cette vision à l'horizon 2030 consacre également l'entrée du Sénégal dans l'ère de la santé numérique. À travers la télémédecine et la digitalisation, nous apportons des solutions concrètes aux zones les plus reculées, faisant de la technologie un véritable levier d'inclusion sanitaire. La carte sanitaire 2026 met fin à la désignation des hôpitaux par des numéros, au profit de noms ancrés dans leur territoire, plus évocateurs pour la population et les acteurs locaux, sans que cela n'entraîne une modification de leur statut d'Établissement Public (EP).

La Carte sanitaire 2026 répond à l'exigence d'une transformation systémique de notre secteur de la santé. Elle constitue désormais le socle de ce changement de paradigme, fondé sur davantage de prévention des maladies, de souveraineté sanitaire et d'équité.

C'est avec une détermination résolue et absolue que j'engage le département à veiller au respect de la Carte sanitaire 2026, notamment en matière de nouveaux investissements et de gestion des personnels de santé. Elle constitue désormais l'instrument de référence pour le dialogue entre les différents acteurs sur l'offre de soins, notamment dans le cadre des travaux budgétaires.

Je remercie l'ensemble des parties prenantes ayant contribué à ce processus de révision globale de l'offre de soins. La contribution du secteur privé de la santé, des Forces de défense et de Sécurité, des universitaires, des autorités administratives, de la société civile, des élus locaux, ainsi que de nos vaillants responsables et professionnels de santé, a été particulièrement appréciée. Je félicite la CSSDOS, qui a animé ce processus et a piloté la rédaction.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La carte sanitaire 2026 s'inscrit dans une volonté de transformation systémique profonde, alignée sur les réformes de l'Agenda Sénégal 2050. Elle ne se limite plus à une simple planification des infrastructures, mais propose un nouveau modèle de gouvernance de l'offre de soins pour répondre à une démographie galopante, jeune et vieillissante, et à une urbanisation rapide qui a généré un retard structurel.

Une démarche participative et rigoureuse a permis de mobiliser l'ensemble des acteurs de l'écosystème notamment l'administration centrale, les autorités administratives locales, les directions régionales de santé, les districts sanitaires, les établissements publics de santé, les universités, le secteur privé de la santé, les Forces de Défense et de Sécurité, les partenaires sociaux, les partenaires au développement, les ordres professionnels et les collectivités territoriales.

Son élaboration s'est articulée autour des principales étapes suivantes : l'évaluation de l'ancienne Carte sanitaire, collecte nationale des données sanitaires, notamment sur les profils épidémiologiques, les infrastructures sanitaires, les équipements médicaux et les ressources humaines ; la révision des normes de l'offre de soins ; la rédaction des différents tomes ; ainsi que les phases de partage et de validation.

Avec la nouvelle carte, il est projeté de voir : « *Un Sénégal dans lequel chaque citoyen a accès à des soins de qualité à moins de 30 minutes de son lieu d'habitation* ».

L'ensemble des normes de l'offre de soins a été actualisé afin de tenir compte des avancées de la science, du renforcement de la logique préventive et de l'évolution de la population. En plus des normes, les gaps en nouvelles créations et réhabilitations de structures, d'équipements médicaux et de ressources humaines sont stabilisés pour optimiser les investissements.

Plusieurs innovations jalonnent la carte sanitaire et sont toutes des interventions à mener pour améliorer l'offre de soins et l'équité.

En effet, pour renforcer la logique préventive et de la promotion de santé, une unité '*Promotion de la Santé, Accueil, Accompagnement*' sera créée dans les centres de santé et hôpitaux.

Pour réduire les évacuations sanitaires entre les pôles territoriaux ou à l'étranger, nous renforcerons l'offre hospitalière au sein des pôles territoriaux, à travers la création de structures capables d'assurer des prises en charge de haut niveau et de faire rayonner l'excellence médicale au-delà de la capitale. Des hôpitaux d'excellence et des hôpitaux nationaux seront ainsi développés pour rapprocher les soins spécialisés et de référence des populations.

Face à la cherté des soins hospitaliers, chaque chef-lieu de département, verra son centre de santé transformé en centre de santé de troisième niveau (CS3) doté notamment de services de pédiatrie, de cardiologie, de gynécologie et de chirurgie générale. Cette départementalisation des soins spécialisés permettra de rapprocher progressivement l'expertise médicale des populations et de réduire les recours évitables à des structures éloignées et à moindre coût. Car derrière chaque évacuation, chaque transfert et chaque

déplacement imposé à une famille, il y a du temps, des dépenses et parfois une perte de chance.

Le diagnostic réalisé dans le cadre de la carte sanitaire a mis en évidence des zones enclavées ou éloignées des structures de santé. Ces déserts médicaux bénéficieront de la télémédecine afin de permettre à tout patient d'être mis en relation avec un professionnel de santé pour des téléconsultations spécialisées. L'itinérance médicale et paramédicale sera également renforcée. Les postes de santé situés dans ces zones feront l'objet d'une priorisation en matière de renforcement des capacités de dépistage et d'accès à des équipements adaptés, notamment à l'échographie portable. Leurs besoins en ambulances, en médicaments en ressources humaines et équipements seront également pris en compte en priorité.

L'utilisation des ressources sanitaires sera optimisée. Un lit, un équipement ou une compétence disponibles dans un établissement alors qu'ils font défaut ailleurs ne doivent plus être appréhendés comme des ressources isolées, mais comme des ressources au service d'un même système. C'est tout le sens des mécanismes de complémentarité et de mutualisation portés par la nouvelle Carte sanitaire. Celle-ci instaure des pôles d'activités en soutien à la diversité des services cliniques dans les hôpitaux, ainsi qu'un réseau hospitalier polaire. Ces innovations visent à optimiser l'utilisation des ressources sanitaires partageables et à renforcer la complémentarité entre les structures.

La carte sanitaire 2026 constitue désormais le référentiel des besoins d'investissements en matière d'offre de soins de santé. Estimés à 726 607 607 100 francs CFA pour la période 2025-2030, ces investissements contribueront à la mise en œuvre du volet « Offre de soins » de la Stratégie nationale de Transformation du Système de Santé. En plus des hôpitaux dont la construction est en cours de finalisation, notamment l'Hôpital Aristide Le Dantec, le Centre national d'Oncologie et l'Hôpital de Ourossogui, ainsi que des projets hospitaliers envisagés, une centaine de centres de santé sera créée à partir de cette année, ainsi que des centaines de postes de santé.

La mise en œuvre permettra d'obtenir plusieurs impacts dont la souveraineté sanitaire avec une réduction des évacuations sanitaires, l'équité sociale et territoriale dans l'accès aux soins, la réduction de la mortalité et de la morbidité, l'accès universel aux soins, un meilleur contrôle et supervision des structures de santé, un remplacement des soins de santé primaires, une meilleure prise en charge des maladies chroniques et mentales, en somme la transformation systémique du secteur de la santé. Ce financement est réparti entre toutes les régions et entre les composantes de l'offre de soins (hôpital, centre de santé, poste de santé, services d'hygiène, urgences, transfusion sanguine, ressources humaines, équipements, ...) et est soutenu par un plan de mitigation des risques.

Pour atteindre les impacts attendus, des défis doivent être relevés tels que le respect des orientations, le financement, la publication du décret et la dotation de plus de moyens matériels et institutionnels. Sa réussite dépendra aussi d'une coordination intersectorielle forte et de l'application rigoureuse des recommandations destinées aux décideurs politiques et financiers.

La carte sanitaire 2026 se décline, en plus du décret, en cinq tomes, allant des normes exhaustives au programme d'investissement.

INTRODUCTION

La carte sanitaire 2026 est élaborée pour opérationnaliser la transformation de l'offre de soins demandée dans l'Agenda national de Transformation Sénégal 2050, la Stratégie nationale de Développement (SND) 2025-2030, la Lettre de Politique sectorielle (LPS) du département et la Stratégie nationale de Transformation du Système de Santé (SNTSS). La Carte sanitaire constitue l'instrument stratégique et opérationnel majeur de régulation, de planification et d'orientation des investissements dans le système de santé.

Le système de santé reste confronté à des défis structurels, notamment les inégalités d'accès aux services de santé, l'évolution des besoins socio-démographiques, la transition épidémiologique et l'exigence d'une meilleure équité territoriale. Si des avancées notables ont été enregistrées en matière d'extension d'infrastructures sanitaires, une analyse objective de la situation recommande désormais un changement de paradigme. L'élaboration de la carte sanitaire 2026 s'est appuyée, sur un diagnostic technique rigoureux, fondé sur des données probantes. Celui-ci a mis en évidence que la corrélation entre la densité démographique et l'offre de soins existante demeure marquée par des déséquilibres territoriaux significatifs, révélateurs d'inégalités persistantes dans l'accès aux services de santé.

L'enjeu n'est plus seulement de construire, mais de planifier et d'implanter les structures de santé de manière stratégique, là où les besoins sont objectivement avérés, en tenant compte des dynamiques démographiques projetées à l'horizon 2030 et des soins de santé primaires. En ciblant prioritairement les zones caractérisées par des déficits sanitaires prononcés et une croissance démographique soutenue, la carte sanitaire ambitionne de corriger les inégalités spatiales et de restaurer l'équité territoriale dans l'accès aux soins à travers un budget réalisme tenant compte du contexte économique du pays.

Afin d'en faciliter l'appropriation par l'ensemble des parties prenantes, la nouvelle carte sanitaire est structurée autour du décret et de ses annexes qui sont au nombre de 5 tomes :

- Tome 1 : Introduction générale et recommandations de mise en œuvre
- Tome 2 : Analyse situationnelle de l'offre de soins
- Tome 3 : Normes de la carte sanitaire
- Tome 4 : Programme de Développement de la Carte sanitaire
- Tome 5 : Manuel des procédures de la carte sanitaire

Le présent document est le tome 1 et est composé de plusieurs rubriques dont :

- Préface ;
- résumé exécutif ;
- introduction ;
- fondements (contextes et justifications) ;
- méthodologie ;
- cap 2030 ;
- innovations ;
- recommandations de mise en œuvre ;
- définition des concepts.

1. FONDEMENTS DE L'ACTUALISATION DE LA CARTE SANITAIRE

L'actualisation de la carte sanitaire demandée par le Gouvernement s'inscrit dans un contexte favorable aussi bien au niveau international qu'au niveau national.

1.1.FONDEMENTS JURIDIQUES

La carte sanitaire trouve son fondement dans l'article 18 de la loi n° 98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière, modifiée par la loi n° 2015-12 du 03 juillet 2015. En effet, en son article 18, la loi dispose que *« la carte sanitaire a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Elle détermine également de façon globale, sans distinguer le secteur public et le secteur privé, les ressources humaines, les institutions ; structures, les infrastructures et les équipements nécessaires à la prise en charge des soins, ainsi que leur localisation »*.

1.2.FONDEMENTS LIES AU CONTEXTE INTERNATIONAL

À l'échelle internationale, les systèmes de santé évoluent dans un environnement complexe par la survenue concomitante de crises sanitaires, économiques et géopolitiques. La pandémie de la COVID-19 a mis à rude épreuve les systèmes de santé à travers le monde, révélant leurs vulnérabilités structurelles, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Dans ce contexte, l'atteinte de l'Objectif de Développement durable n°3 (ODD 3), qui vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être à tout âge, apparaît de plus en plus compromise. La Couverture sanitaire universelle (CSU), pilier central de cet objectif, demeure une priorité stratégique globale, soutenu par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale et d'autres partenaires techniques et financiers (PTF).

Par ailleurs, les cadres stratégiques de l'OMS, conjugués aux orientations de l'Agenda 2063 de l'Union africaine renforcent les appels à la transformation des systèmes de santé, afin de les rendre plus résilients, inclusifs et mieux à même de faire face à des chocs multiples.

1.3.FONDEMENTS EXTRAITS DE L'AGENDA DE TRANSFORMATION SENEGAL 2050

1.3.1. Nouvelle vision politique transformationnelle

L'élaboration de la nouvelle Carte sanitaire s'inscrit dans le cadre du renouvellement du référentiel des politiques publiques, porté notamment par l'Agenda national de transformation Sénégal 2050, les orientations stratégiques du Master Plan 2025–2034, ainsi que la Stratégie nationale de développement (SND) 2025–2029, dont l'axe 2 consacre une évolution vers un système de santé davantage orienté vers la prévention que vers le curatif.

À ces cadres de référence s'ajoutent la Lettre de politique sectorielle du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), ainsi que les orientations issues des différents Conseils des ministres, qui constituent ensemble le fondement stratégique justifiant l'actualisation de la Carte sanitaire. Celle-ci s'inscrit par ailleurs dans le respect des engagements constitutionnels de l'État, notamment les articles 8 et 17 de la Constitution, qui consacrent le droit fondamental de chaque citoyen à l'accès universel à des soins de santé de qualité. À cet égard, la réforme du système de santé vise à renforcer la prévention, à moderniser et élargir l'offre

de soins, et à garantir un accès équitable aux services sanitaires, tant en milieu urbain que rural, afin que nul ne soit laissé pour compte.

Dans cette perspective, le MSHP dispose d'une Stratégie nationale de développement de la Couverture sanitaire universelle (SND-CSU), dont l'objectif est d'assurer à l'ensemble de la population un accès aux soins sans barrière financière. Une feuille de route opérationnelle a été élaborée afin d'en faciliter et d'en accélérer la mise en œuvre.

Par ailleurs, la vision du Ministère en matière de santé numérique¹ 2018-2023 (PSSN), qui intègre des axes majeurs relatifs à la santé mobile, à la traçabilité du patient et au dossier patient informatisé. À ce titre, la Carte sanitaire, dont la vocation est de réduire les inégalités d'accès à l'offre de soins, intègre désormais pleinement la télémédecine et les opportunités offertes par les technologies numériques émergentes, notamment l'intelligence artificielle, la robotique et la domotique, afin de rapprocher les soins spécialisés des populations.

La déclinaison opérationnelle de cette nouvelle vision politique repose ainsi sur une adaptation profonde de l'offre de soins, justifiant la révision globale de la Carte sanitaire.

1.3.2. Réformes majeures sectorielles de mise en œuvre de l'Agenda Sénégal 2050

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'Agenda national de transformation Sénégal 2050, les départements ministériels sont appelés, à la suite de leurs Lettres de politique sectorielle, à proposer trois réformes structurantes majeures.

Au niveau du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, ces réformes portent notamment sur :

- l'élaboration du Code de Santé publique ;
- la réforme de la loi hospitalière ;
- l'élaboration d'une nouvelle Carte sanitaire.

1.3.3. Nouvelle vision d'aménagement du territoire autour de huit pôles territoriaux

La vision Sénégal 2050 identifie l'aménagement du territoire comme un pilier central du développement économique et social, avec la structuration du territoire national autour de huit pôles territoriaux. Cette orientation vise à garantir qu'à l'horizon 2050, chaque Sénégalais, quel que soit son lieu de naissance ou de résidence, bénéficie d'un accès équitable aux services publics essentiels, dans une logique d'égalité des chances.

Déclinée dans le secteur de la santé, cette approche implique une répartition équilibrée et cohérente de l'offre de soins spécialisés autour des pôles territoriaux, afin de permettre aux populations de satisfaire l'essentiel de leurs besoins de santé au sein de leurs territoires de vie.

¹ Validé techniquement et politiquement

1.4.FONDEMENTS DEMOGRAPHIQUES, ECONOMIQUES ET SANITAIRES

1.4.1. Démographie galopante à la fois jeune et vieillissante

Au moment de l'élaboration de la carte sanitaire 2018, la population sénégalaise était estimée, en 2017, à 15 256 360 d'habitants. En 2025, elle est évaluée à 19 075 962 habitants, soit une augmentation absolue de 3 819 602 personnes, correspondant à un taux d'accroissement naturel annuel de 2,9 %. Les projections démographiques situent cette population à 21 734 274 habitants à l'horizon 2030.

La structure de la population est majoritairement jeune, près de 75 % des sénégalais âgés de moins de 35 ans, constituant ainsi un potentiel important pour le développement économique et social du pays. Cette dynamique s'accompagne d'une amélioration de l'espérance de vie à la naissance, estimée à 68,9 ans, différentiel selon le genre : 67,7 ans pour les hommes et 70 ans pour les femmes.

Parallèlement, le vieillissement de la population apparaît comme un phénomène de plus en plus marqué, avec un taux d'accroissement annuel des personnes âgées estimé à 3,1% selon le dernier recensement général de la population. Cette évolution démographique comporte des implications majeures en matière de santé publique, de protection sociale et d'organisation du système de soins, notamment en ce qui concerne la prise en charge des maladies chroniques et la dépendance liée à l'âge.

L'ensemble de cette dynamique met en évidence l'enjeu stratégique que représente la capture du dividende démographique. Celle-ci suppose une anticipation et une réponse adéquate à des besoins croissants en services sociaux de base, notamment en santé, éducation, emploi et protection sociale.

1.4.2. Urbanisation rapide occasionnant un retard dans l'adaptation du système de santé

Le rythme soutenu de l'urbanisation, qui concerne environ 47% de la population selon les résultats du Recensement général de la Population et de l'Habitat (RGPH5-2023) exerce une pression croissante sur la santé publique, particulièrement en zone péri-urbaine, et constitue un enjeu majeur de santé publique.

Cette urbanisation rapide est associée à plusieurs facteurs de vulnérabilité sanitaire, notamment la surpopulation dans certaines zones urbaines et périurbaines, favorisant la propagation des maladies infectieuses dans un contexte de promiscuité et de conditions d'hygiène souvent précaires. Elle s'accompagne également d'une pollution urbaine accrue affectant la qualité de l'air et des eaux avec des répercussions notables sur la santé respiratoire et environnementale des populations.

Par ailleurs, la fréquence des inondations, liée à l'insuffisance des infrastructures d'assainissement et de drainage des eaux usées et pluviales, contribue à une forte prévalence de maladies, notamment d'origine vectorielle. Cette dynamique urbaine exerce enfin une pression sur les ressources naturelles et favorise des phénomènes de déforestation, avec des impacts indirects sur les déterminants environnementaux de la santé

1.4.3. Situation socio-économique marquée par des mesures de redressement économique

Sur le plan macroéconomique, le Sénégal a enregistré une progression de son produit intérieur brut (PIB) nominal passé de 17 330 milliards de FCFA en 2022 à 18 619 milliards de FCFA en 2023²². Toutefois, malgré une trajectoire de croissance économique globalement soutenue au cours des dernières années, cette performance n'a pas permis de réduire significativement le nombre absolu de personnes vivant en situation de pauvreté.

En effet, les données issues des enquêtes sur les conditions de vie des ménages indiquent une augmentation estimée à 500 000 personnes supplémentaires vivant dans la pauvreté entre les périodes d'enquêtes 2018-2019 (indice de pauvreté de 37,8%) et 2021-2022 (indice de pauvreté de 37,5%). Cette évolution s'explique principalement par une croissance démographique plus rapide que la diminution de l'incidence de pauvreté.

Les inégalités socio-économiques se traduisent par des disparités persistantes dans l'accès et l'utilisation des services de santé. Près de la moitié des personnes malades appartenant aux ménages pauvres (48,6 %) n'ont eu recours à aucun service de santé, contre 43,5 % parmi les ménages les plus aisés (EHCVM II, 2021–2022). Par ailleurs, le Sénégal se classe au 166^e rang sur 191 pays selon le Rapport sur le Développement Humain 2023 avec un Indice de développement humain (IDH) estimé à 0,517.

Le contexte économique et financier récent a mis en évidence des contraintes budgétaires significatives, caractérisées notamment par un niveau d'endettement dépassant les seuils de référence fixés par l'UEMOA. Face à cette situation, le Gouvernement a engagé la mise en œuvre d'un Plan de Redressement Économique et Social (PRES), visant à renforcer la mobilisation des ressources domestiques, à rétablir les équilibres macroéconomiques et à progresser vers une plus grande souveraineté économique.

Dans ce contexte de ressources limitées, la situation financière appelle une réorganisation plus efficiente et plus efficace de l'offre de soins, condition indispensable pour garantir l'accès universel, équitable et durable aux services de santé.

1.4.4. Défis actuels pour un système de santé équitable et performant

L'évaluation de la carte sanitaire 2018-2023 complétée par plusieurs diagnostics sectoriels, met en évidence une situation socio-sanitaire encore marquée par des défis structurels, notamment :

- des difficultés d'accès aux soins ;
- un déficit en ressources humaines qualifiées ;
- une répartition inégale des ressources humaines sur le territoire national ;
- le non-respect des normes et protocoles ;
- le non-respect de la référence et de la contre-référence ;
- le manque de maîtrise des espaces sanitaires et des populations cibles ;
- des insuffisances dans la prise en charge des maladies chroniques ;
- des difficultés d'approvisionnement continu de médicaments et produits de santé de qualité ;

²², Note d'analyse des comptes nationaux, ANSD décembre 2024.

- des insuffisances dans l'accueil et la prise en charge des urgences hospitalières et préhospitalières.

2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Le cadre méthodologique a permis d'identifier les objectifs, les acteurs impliqués ainsi que les actions nécessaires à la mise à disposition de la carte sanitaire 2026. À cet effet, la CSSDOS a entrepris, à juste titre, l'ensemble des actions requises pour produire un document à même de promouvoir l'accès universel à des soins de qualité.

Pour atteindre cet objectif, le processus d'élaboration de la nouvelle carte sanitaire s'est articulé autour des étapes suivantes :

- définir les normes d'implantation des nouvelles structures sanitaires, de création de services et/ou d'unités, de délivrance de paquets de services, ainsi que la dotation en équipements, en ressources humaines et en infrastructures ;
- estimer les besoins actuels et prévisionnels en structures sanitaires, en ressources humaines, en équipements et en infrastructures de santé ;
- élaborer les composantes de la carte sanitaire sous forme de tomes ;
- élaborer un plan de déploiement de la carte sanitaire.

2.1.PROCESSUS DE REVISION DES NORMES DE L'OFFRE DE SOINS

La multisectorialité et la pluridisciplinarité du secteur de la santé exigent l'implication de l'ensemble des parties prenantes ayant une influence directe ou indirecte, ou un intérêt dans l'organisation et le fonctionnement du système national de santé. Il apparaît dès lors impératif d'associer tous les acteurs susceptibles d'apporter un appui technique, financier ou stratégique à chaque phase de conception, d'actualisation et de mise en œuvre des différentes composantes de la carte sanitaire. Cette approche favorise leur adhésion, renforce la cohérence des interventions, permet de traduire fidèlement les besoins réels des populations et contribue, in fine, à l'optimisation de l'efficacité globale du système de santé.

2.1.1. Identification des parties prenantes

Le processus d'élaboration de la carte sanitaire a été conduit selon une méthodologie à la fois participative et inclusive. Cette approche a permis d'impliquer l'ensemble des acteurs concernés : autorités sanitaires, professionnels de santé, partenaires techniques et financiers, acteurs du secteur privé et représentants des communautés afin de garantir que la carte reflète fidèlement les besoins réels de la population.

Cette identification a permis de cibler les parties prenantes suivantes :

- ministères sectoriels ;
- autorités administratives et territoriales ;
- autorités sanitaires (14 directions régionales de la santé) et comités de développement sanitaire ;
- parlementaires ;
- représentants des universités ;
- partenaires techniques et financiers ;
- partenaires sociaux et organisations de la société civile ;

- représentants des services de santé de base et de référence ;
- structures de santé des forces de défense et de sécurité.

2.1.2. Analyse des parties prenantes

Elle permet de déterminer quatre groupes de parties prenantes :

- **Groupe 1** : parties prenantes ayant un intérêt faible et une influence faible ;
- **Groupe 2** : parties prenantes ayant un intérêt fort et une influence faible ;
- **Groupe 3** : parties prenantes ayant un intérêt faible et une influence forte ;
- **Groupe 4** : parties prenantes ayant un intérêt fort et une influence forte.

Le tableau ci-dessous montre que :

- Les parties prenantes du groupe 4 présentent un intérêt et une influence forts sur la mise en œuvre du projet. Il s'agit notamment du Ministère de l'Économie Numérique, du Ministère des Forces armées, du Ministère des Collectivités territoriales, du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, ainsi que de la société civile et des partenaires sociaux.
- Les parties prenantes du groupe 3 présentent un intérêt faible mais une influence forte sur la mise en œuvre du projet. Il s'agit du Ministère des Finances, du Ministère de l'Intérieur, du Ministère des Infrastructures et du Ministère de l'Environnement.
- Les parties prenantes du groupe 2 présentent un intérêt fort mais une influence faible. Il s'agit du Ministère de la Famille et de la Solidarité.
- Les parties prenantes du groupe 1 présentent un intérêt faible et une influence faible. Il s'agit du Ministère de la Fonction Publique.

Tableau 1 : Analyse du rôle des parties prenantes

Parties prenantes	Intérêt		Influence		Goupes
	Fort	Faible	Forte	Faible	
Ministère des Finances		Oui	Oui		G 3
Ministère de l'Intérieur		Oui	Oui		G 3
Ministère de l'Économie numérique	Oui		Oui		G 4
Ministère de la Famille et de la Solidarité	Oui			Oui	G 2
Ministère de la Fonction publique		Oui		Oui	G 1
Ministère de l'Enseignement supérieur		Oui	Oui		G 3
Ministère des Infrastructures		Oui	Oui		G 3
Ministère de l'Environnement		Oui	Oui		G 3

Parties prenantes	Intérêt		Influence		Goupes
	Fort	Faible	Forte	Faible	
Ministère des Forces Armées	Oui		Oui		G 4
Ministère des Collectivités territoriales	Oui		Oui		G 4
DGS	Oui		Oui		G 4
DGES	Oui		Oui		G 4
DPRS	Oui		Oui		G 4
DAJ	Oui		Oui		G 4
DRH	Oui		Oui		G 4
DEM	Oui		Oui		G 4
Société civile/Partenaires sociaux	Oui		Oui		G 4
Partenaires techniques et financiers		Oui	Oui		G 3

2.1.3. Actions d'implication

Dans ce processus d'implication, l'évaluation de la carte sanitaire 2018-2023 a permis de formuler les recommandations suivantes :

- mettre en place un système d'information unique pour collecter, traiter, analyser et diffuser les données de la carte sanitaire ;
- vulgariser et communiquer sur la carte sanitaire ;
- impliquer tous les acteurs, y compris le personnel de santé et d'hygiène publique, les élus locaux et les autorités administratives (gouverneurs, préfets, sous-préfets) dans l'élaboration de la nouvelle carte ;
- organiser des rencontres de partage sur la carte sanitaire dans chacune des 14 régions du Sénégal ;
- analyser les performances des services.

D'autres activités ont été menées. Il s'agit :

- de la collecte des données sanitaires et des coordonnées géographiques de tous les établissements de santé publics comme privés du pays ;
- collecte de la demande en offres de soins exprimées par les élus locaux et les ECD et DRS ;
- d'ateliers de normalisation de l'offre de soins des établissements de santé avec toutes les parties prenantes (Forces de Défense et de Sécurité, secteur privé de la santé, universitaires, ...)

- d'ateliers d'analyses, de traitement, d'interprétation et de rédaction des sept tomes de la carte sanitaire.

2.1.4. Détermination des besoins globaux et prioritaires en structures sanitaires

Pour déterminer le besoin en **ressources humaines** et en **équipements**, la formule suivante a été utilisée :

$$\text{Besoin} = \text{Norme} - \text{nombre existant}$$

Si le résultat est positif, cela indique l'existence d'un écart à combler, traduisant ainsi un besoin. En revanche, un résultat négatif révèle une situation de sur-dotation. Toutefois, la sur-dotation ne signifie pas nécessairement qu'un redéploiement s'impose. En effet, il a été retenu de n'envisager le redéploiement du personnel de santé que lorsque la sur-dotation est exclusivement constituée de personnel mis à disposition par la fonction publique et/ou par le MSHP notamment sous statut contractuel.

Par ailleurs, la méthode de calcul des besoins en nouvelles créations de structures sanitaires diffère de celle appliquée aux ressources humaines. À titre illustratif, pour déterminer le nombre de postes de santé manquants dans un district :

$$\text{Besoin en création de Poste de Santé} = (\text{Population totale du DS/normes démographiques ajustées du DS}) - \text{nombre de postes de santé existants (publics et privés)}$$

Les besoins en structures ont ensuite été comparés à la demande exprimée par les acteurs régionaux. À l'issue de cette analyse, un retour d'information a été effectué auprès des DRS lors des missions de terrain, en vue de valider et d'ajuster les priorités retenues.

2.2.ANALYSE SWOT

Sans être dans une dynamique d'élaboration d'un plan stratégique, le MSHP utilise la méthode SWOT pour mieux identifier et orienter la nouvelle carte sanitaire :

- analyser les forces et faiblesses des structures et ressources existantes ;
- identifier les opportunités d'amélioration, telles que l'innovation technologique, les partenariats public-privé ou les investissements régionaux ;
- anticiper les menaces potentielles, comme les déséquilibres territoriaux, les contraintes financières ou les crises sanitaires ;
- orienter la planification stratégique et la prise de décision pour garantir une couverture sanitaire optimale et équitable sur l'ensemble du territoire.

Cette démarche stratégique constitue ainsi une base méthodologique essentielle pour l'élaboration d'une carte sanitaire cohérente, adaptée aux besoins réels des populations et alignée sur les objectifs nationaux de santé.

Tableau 2 : Analyse SWOT

Environnements	Forces	Faiblesses
Interne	- Lettre de Politique Sectorielle du MSHP - Partenariats techniques et financiers nombreux - Couverture géographique en bonne évolution - Numérisation/Digitalisation du système santé (e-Santé, DHIS2) - Dynamisme populationnel de densification de la carte sanitaire	- Insuffisance dans la gouvernance du système de santé - Sous-financement du système de santé (4%) qui est inférieur à la cible Abuja de 2001 qui recommande de consacrer au moins 15% du budget national à la santé - Forte dépendance financière et technologique de l'extérieur - Répartition inéquitable des structures de santé - Ressources humaines limitées et mal réparties - Faible maintenance des équipements médicaux - Financement du système de santé assuré pour une grande partie par les usagers - Insuffisance de l'évaluation de la performance du système de santé
Externe	Opportunités - Engagement politique fort (Référentiel 2050, CSU, Master Plan, SND) - Innovations numériques - Décentralisation et réforme territoriale - Implication croissante du secteur privé et de la société civile	Menaces - Pression démographique rapide - Changements climatiques - Épidémies et pandémies - Urgences sanitaires - Insuffisance du financement public

2.3.LIMITES DE LA METHODOLOGIE

- Difficultés rencontrées dans la collecte des données du secteur , liées notamment à une collaboration insuffisante, particulièrement marquée dans la région de Dakar ;
- Absence de document de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) spécifiquement conçu pour accompagner et faciliter l'élaboration des cartes sanitaires des pays membres.

- L'évaluation des besoins en ressources humaines n'est pas basée sur le volume de travail.

3. DÉFIS

- Renforcement des réseaux des structures de santé dans un contexte de rareté des ressources en créant plus de structures de santé pour réduire les délais de prise en charge
- Reconstruction et/ou réhabilitation des structures de santé existantes vétustes
- Renforcement et effectivité de la fonction de promotion de la santé des structures de santé
- Renforcement du dialogue entre structures de santé pour connecter les parcours de soins
- Optimisation de l'utilisation des ressources sanitaires partageables au sein des territoires de santé (pôles territoires, régions, district sanitaire, ...) et des structures de santé
- Gouvernance de la carte sanitaire décentralisée et mesurée
- Pyramide sanitaire dotée de structures de santé garantissant une souveraineté de la santé et réduisant les évacuations sanitaires

4. CAP 2030

4.1.VISION DE L'OFFRE DE SOINS A L'HORIZON 2030

Un Sénégal dans lequel chaque citoyen a accès à des soins de qualité à moins de 30 minutes de son lieu d'habitation.

4.2.OBJECTIFS

4.2.1. Objectif général

Contribuer à l'atteinte de la Couverture sanitaire universelle (CSU) à travers une offre de qualité disponible et équitablement répartie sur l'ensemble du territoire national.

4.2.2. Objectifs spécifiques

- Analyser la performance et la capacité des établissements sanitaires ;
- Réguler l'offre de soins ;
- Aider à la planification stratégique et opérationnelle de la santé.

4.3.PRINCIPES DIRECTEURS DE LA CARTE SANITAIRE

Les principes directeurs de la carte sanitaire du Sénégal sont les suivants : la globalité (cohérence de l'offre de soins à tous les niveaux et pour tous les types de prestations), l'intégration (complémentarité entre les secteurs public et privé, absence de chevauchement et système d'orientation des patients), la viabilité (capacité financière et en ressources humaines), l'équité territoriale, l'accessibilité, la proximité et l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population. L'objectif de ces principes est d'assurer une répartition spatiale équitable de l'offre de soins afin de répondre efficacement à la demande de santé.

4.3.1. Globalité

Le principe de globalité vise de l'ensemble des composantes de l'offre de soins afin d'assurer une meilleure cohérence du système de santé. À ce titre, la carte sanitaire doit prendre en compte :

- les trois niveaux de recours aux soins, à savoir primaire, secondaire et tertiaire;
- les différentes de prestations de soins, à savoir préventives, curatives, promotionnelles et ré-habilitatives ;
- les différentes composantes de l'offre de soins, comprenant les structures, les infrastructures, les équipements, les ressources humaines et le paquet d'activités ;
- les différents secteurs d'activités médicales, incluant le public, le privé à but lucratif et le privé à but non lucratif.

4.3.2. Intégration

La carte sanitaire doit viser la construction d'un système de santé intégré, caractérisé par :

- une complémentarité fonctionnelle entre les différentes composantes de l'offre de soins (par exemple entre PS et CS1, CS1 et CS2, CS2 et EPS1, EPS1 et EPS2 etc...) ;
- l'absence de chevauchement entre les niveaux de recours aux soins ;
- la mise en place d'un système d'orientation et de recours des patients entre les différents établissements de santé ;
- une rationalisation des échelons afin d'éviter d'allonger les délais de recours et de compromettre la continuité des soins.

4.3.3. Proximité

Le principe de proximité vise à garantir une accessibilité géographique optimale aux services de santé pour l'ensemble de la population. Il repose sur une analyse territoriale précise de l'accès aux soins, permettant de déterminer l'implantation des structures sanitaires de manière à réduire les distances à parcourir et les délais de recours. La proximité favorise non seulement l'efficacité et la continuité des soins, mais contribue également à l'équité, en garantissant que les populations rurales et éloignées puissent bénéficier d'un accès comparable à celui des zones urbaines.

4.3.4. Équité

La carte sanitaire constitue un instrument essentiel pour garantir l'équité dans l'accès aux soins, dans la mesure où elle s'appuie sur une analyse précise et objectivée des besoins de santé des populations. Elle vise à réduire les inégalités territoriales et sociales en assurant que chaque individu, indépendamment de son lieu de résidence ou son statut socio-économique, puisse bénéficier d'un accès équitable à des soins de qualité. L'équité implique également une allocation des ressources humaines, matérielles et infrastructurelles en fonction des besoins réels des populations, afin de corriger les disparités entre zones urbaines et rurales, et entre établissements publics et privés.

4.3.5. Viabilité et durabilité

À l’instar de tout outil de planification, la carte sanitaire doit intégrer les exigences de viabilité du système de santé. Cela suppose la capacité à mobiliser , gérer et optimiser efficacement les ressources humaines , financières et matérielles disponibles, , tout en tenant compte de l’évolution de la science et des technologies médicales. La viabilité implique que les choix d’implantation et de développement des structures sanitaires soient réalistes, durables et adaptés aux contraintes financières et organisationnelles du pays, tout en tout en garantissant la continuité et l’efficacité des services de santé.

4.3.6. Rationalisation des ressources et solidarité

Dans le cadre de cette nouvelle carte sanitaire, le Sénégal intègre, parmi les principes directeurs, la rationalisation des ressources dans un contexte de Pôles de Référence des Services de (PRES). À cet effet, il apparaît indispensable d’identifier et de promouvoir des solutions locales de complémentarité entre les services médicaux des Forces de Défense et de Sécurité (FDS), ceux des universités, des entreprises privées disposant d’établissements de santé et le secteur privé de manière générale. Une collaboration effective, structurée et sincère entre ces différents acteurs n’est plus une option, mais constitue une orientation stratégique de l’État, appelée à être suivie et évaluée de manière continue.

5. PRÉSENTATION DES DOCUMENTS DE LA CARTE SANITAIRE 2026

Le premier document de la carte sanitaire est son décret. Il annonce l’organisation du continu en tomes, les principales dispositions d’encadrement, de mise en œuvre et de suivi de la carte sanitaire.

Le décret de la carte sanitaire dispose d’annexes découpées en cinq (5) tomes :

Tableau 3 : Libellé et description des cinq tomes de la nouvelle carte sanitaire

Tomes	Grands axes
Tome 1 : Introduction générale et principales recommandations de mise en œuvre	● Préface ● Résumé exécutif ● Introduction ● Fondements (contextes et justifications) ● Méthodologie ● Cap 2030 ● Innovations ● Recommandations de mise en œuvre ● Définition des concepts
Tome 2 : Analyse situationnelle nationale de l’offre de soins	● Pour chaque composante de l’offre de soins, la situation est dressée, analysée et interprétée

Tomes	Grands axes
Tome 3 : Normes de la carte sanitaire	Pour chaque catégorie et niveau de structure publique et privée de santé, les normes concernant les points ci-dessous sont fixées : ● Paquets de services ● Normes d'implantation ● Normes en personnels de santé ● Normes en équipements médicaux et en infrastructures sanitaires ● Normes en services cliniques et unités de soins
Tome 4 : Programme de Développement de la Carte sanitaire (projet d'investissement)	Tous les besoins globaux et prioritaires y sont identifiés, budgétisés et planifiés sur le temps
Tome 5 : Manuel de procédures de la carte sanitaire	Document de mise en œuvre opérationnelle définissant les procédures de création de nouvelles structures de santé.

5.1.TOME 1 : INTRODUCTION GENERALE ET RECOMMANDATIONS DE MISE EN ŒUVRE

Le premier tome, intitulé « *Introduction générale et principales recommandations de mise en œuvre* » sert avant tout à rappeler :

- les fondements de la révision de la carte sanitaire ;
- les contextes dans lesquels l'actualisation est réalisée ;
- la démarche méthodologique ;
- le cadre stratégique (SWOT, objectifs, ...) annonçant la nouvelle ambition ;
- les innovations matérialisant la transformation attendue dans l'accès aux soins ;
- les recommandations de mise en œuvre ;
- la définition des concepts.

5.2.TOME 2 : ANALYSE SITUATIONNELLE NATIONALE DE L'OFFRE DE SOINS

Le tome 3 intitulé « *Analyse situationnelle nationale de l'offre de soins* » présente la situation nationale en un temps T des indicateurs de couverture en rapport avec la carte (services et/ou unités, ressources humaines, équipements et structures sanitaires) :

- ✓ nombre et ratio concernant les structures publiques et privées de santé ;
- ✓ nombre et ratio concernant les ressources humaines des structures sanitaires publiques et privées ;

- ✓ nombre et ratio concernant les équipements des structures sanitaires publiques et Privées ;
- ✓ indicateurs sur l'accessibilité géographique et la disponibilité des services ;
- ✓ croisement et comparaison multiple entre les données à des fins d'analyse.

5.3.TOME 3 : NORMES DE LA CARTE SANITAIRE

Le tome 2, intitulé « *Normes de la carte sanitaire* » regroupe les normes de l'offre privée et publique de soins de santé :

- ✓ *paquets de services de la carte sanitaire* ;
- ✓ différentes catégories de structures sanitaires et leurs définitions ;
- ✓ différents types de soins et leurs définitions ;
- ✓ normes d'implantation de nouvelles structures sanitaires ;
- ✓ services et/ou unités ;
- ✓ ressources humaines ;
- ✓ équipements (liste succincte) ;
- ✓ mécanismes d'équivalences entre les structures sanitaires publiques et privées ;
- ✓ *normes exhaustives en équipements en infrastructures* :
 - nombre de pièces ;
 - surfaces (superficies) de ces pièces ;
 - organisation spatiale fonctionnelle (pour certains services des EPS) ;
 - équipements par pièce.

5.4.TOME 4 : PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DE LA CARTE SANITAIRE (PROJET D'INVESTISSEMENT)

Le Plan de Développement de la Carte Sanitaire (PDCS), est le projet d'investissement de la carte sanitaire conformément à l'article 7 de l'arrêté n°08299 du 16 mai 2017 mettant en place la CSSDOS.

Il présente les besoins identifiés (en ressources humaines, en équipements, en nouvelles structures sanitaires, en réhabilitations et en complément de services et/ou unités dans les structures existantes) à partir des normes actualisées devant être satisfaits pour aller vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Il représente par essence le tome d'aide à la planification opérationnelle et d'orientation des investissements publics. Il sert à ce titre, de référence nationale pour le développement des infrastructures de santé, pour le recrutement de personnels de santé et d'acquisition des équipements médicaux. Sa mise en œuvre contribue à l'accélération de la Couverture

Sanitaire Universelle, notamment par la création de nouvelles structures dans les zones insuffisamment couvertes et par le renforcement équitable des plateaux techniques existants.

Tout en fixant les priorités nationales (besoins prioritaires), le PDCS laisse aux collectivités territoriales la faculté de réaliser des projets, y compris lorsqu'ils ne figurent pas parmi les priorités retenues au niveau national.

5.5.TOME 5 : MANUEL DE PROCEDURES DE LA CARTE SANITAIRE

Pour faciliter l'utilisation de la carte sanitaire par les acteurs, le MSHP a élaboré le « Manuel de Procédures de la Carte sanitaire », qui est le tome 5 et qui précise ce qui suit :

- ✓ les procédures de création des structures sanitaires ;
- ✓ les acteurs concernés par le processus et leurs rôles ;
- ✓ les pièces à fournir par le demandeur ;
- ✓ les délais de traitement des dossiers de demande ;
- ✓ le mécanisme central de délivrance de l'avis définitif.

6. INNOVATIONS DE LA NOUVELLE CARTE

Concernant les changements de paradigme de l'offre de soins, plusieurs innovations sont apportées pour opérationnaliser l'agenda national de transformation Sénégal 2050.

Les innovations ne sont pas les normes de la carte sanitaire 2026, même si certaines viennent des cahiers de charge des structures de santé. La plupart des innovations sont des activités à initier, à mettre en œuvre et à suivre. Elles visent toutes à améliorer l'accès et la qualité des soins de santé.

Pour la mise en œuvre de ces innovations, il est préconisé de démarrer par des phases pilotes.

Innovations en rapport avec la pyramide sanitaire

Innovation : Hôpital d'excellence par pôle à UFR de Santé

- **Contexte** : Nécessité de créer des centres de référence pour des zones régionales spécifiques.
- **Description** : Regroupement de spécialités au sein de pôles d'excellence dotés de plateaux médicaux avancés.
- **Mise en œuvre** : Réhabilitation d'infrastructures existantes, recrutement d'équipes de pointe, et organisation du flux de patients régionaux.
- **Impact attendu** : Optimisation des parcours de soins spécialisés, amélioration de la qualité des prestations, et équité territoriale.

Innovation : Hôpital national par pôle dépourvu d'UFR de Santé

- **Contexte** : Renforcer l'équité territoriale en santé en dotant chaque pôle territoire dépourvu d'UFR de santé d'une infrastructure hospitalière de haut niveau.
- **Description** : Un hôpital de référence nationale offrant une prise en charge pluridisciplinaire et des services spécialisés, adaptés aux besoins spécifiques des régions desservies.
- **Mise en œuvre** : Déploiement de plateaux techniques modernes et recrutement de personnel médical qualifié pour assurer la continuité des soins de haute complexité.
- **Impact** : Réduction des inégalités d'accès aux soins, désengorgement des centres hospitaliers universitaires et prise en charge rapide des urgences et pathologies lourdes au niveau régional.

Innovation : Centre de santé de niveau 1 par commune

- **Contexte** : Nécessité de rapprocher des soins spécialisés de la population.
- **Description** : Équiper chaque département d'un centre doté de pédiatrie, chirurgie générale, gynécologie et cardiologie.
- **Mise en œuvre** : Évaluation de l'existant, réhabilitation ou réaménagement des structures, renforcement du personnel par la formation ou le recrutement ciblés, et acquisition d'équipements spécifiques.
- **Impact attendu** : Réduction des délais d'attente et transferts, amélioration de la prise en charge des urgences, et désengorgement des hôpitaux de référence.

Innovation : Centre de santé de niveau 1 par commune

- **Contexte** : Nécessité de garantir des soins primaires complets de proximité.
- **Description** : Assurer une couverture médicale de base pour chaque commune.
- **Mise en œuvre** : Réhabilitation ou aménagement des structures existantes, et renforcement du personnel médical et paramédical.
- **Impact attendu** : Amélioration de la santé maternelle et infantile, et prise en charge précoce des maladies courantes.

Innovation : Hôpital national en Partenariat Public-Privé

- **Contexte** : Besoin de financements et d'expertise privée pour moderniser des soins de pointe.
- **Description** : Concession de services hospitaliers spécialisés à un partenaire privé.
- **Mise en œuvre** : Appel d'offres pour le partenariat, réhabilitation ou construction des infrastructures, et transfert de gestion.
- **Impact attendu** : Accès à des plateaux techniques performants et gestion optimisée des ressources.

Innovations en rapport avec le capital humain de la santé

Innovation : Utilisation de l'indicateur OMS Afro (7,7 médecins pour 10 000 habitants)

- **Contexte** : Nécessité d'adapter les besoins en personnel aux standards internationaux pour garantir la qualité des soins.
- **Description** : Utiliser le ratio cible de 7,7 médecins pour 10 000 habitants pour planifier et estimer les besoins en personnel médical au Sénégal.

- **Mise en œuvre** : Analyse de la démographie médicale actuelle par rapport à ce ratio, et programmations pluriannuelles de recrutement.
- **Impact attendu** : Réduction du déficit en médecins, meilleure répartition des ressources selon la population, et amélioration des indicateurs de santé.

Innovation : Alignement de la formation universitaire sur les besoins de santé

- **Contexte** : Décalage potentiel entre les compétences formées et les besoins réels du système de santé.
- **Description** : Exprimer formellement et régulièrement les besoins en ressources humaines du secteur de la santé vers les universités pour orienter les filières de formation.
- **Mise en œuvre** : Création d'un cadre de concertation permanent entre le ministère de la Santé et les facultés de médecine.
- **Impact attendu** : Adéquation entre l'offre de formation et la demande du marché, et renforcement de l'efficacité des formations.

Innovations en rapport avec le découpage sanitaire du district sanitaire

Innovation : Séparation des fonctions de gestion et de soins.

- **Contexte** : Surcharge de travail et confusion des rôles entre la gestion opérationnelle du centre de santé et le pilotage stratégique du district.
- **Description** : Dissociation claire des responsabilités entre le médecin-chef du centre de santé et le médecin-chef du district.
- **Mise en œuvre** : Répartition des organigrammes et définition distincte des fiches de poste.
- **Impact attendu** : Amélioration de l'efficacité du management et meilleur suivi des programmes de santé.

Innovation : Affectation d'un local dédié à l'équipe cadre de district sanitaire

- **Contexte** : Manque d'autonomie de l'équipe cadre de district hébergée au sein du centre de santé.
- **Description** : Délocalisation du siège de l'équipe cadre de district en dehors du centre de santé.
- **Mise en œuvre** : Acquisition de nouveaux locaux administratifs pour l'équipe cadre.
- **Impact attendu** : Renforcement de la neutralité et de la vision globale du district sanitaire.

Innovation : Renforcement des compétences de l'équipe cadre avec des profils multidisciplinaires

- **Contexte** : Insécurité de l'expertise technique pour répondre aux besoins spécifiques de santé publique du district.

- **Description** : Intégration de nouveaux spécialistes au sein de l'équipe cadre de district.
- **Mise en œuvre** : Recrutement et déploiement de profils spécialisés dans la communication, la géographie de la santé, la géomatique, la gestion des données.
- **Impact attendu** : Prise en charge transversale et experte des enjeux de santé du territoire.

Innovations en rapport avec les réseaux de soins pour briser le cloisonnement des structures de santé

Innovation : Réseau Intégré des Soins d'Urgences médicales

- **Contexte** : Fragmentation des services d'urgence et difficultés d'accès.
- **Description** : Interconnexion des structures pour assurer une prise en charge rapide.
- **Mise en œuvre** : Standardisation des protocoles et régulation centralisée.
- **Impact attendu** : Réduction de la mortalité évitable.

Innovation : Réseau des filières de soins (prise en charge verticale)

- **Contexte** : est la fragmentation des parcours patients entre différents niveaux de soins. Il faut organiser des parcours de soins continus entre les soins primaires, secondaires et tertiaires. Discontinuité du suivi des patients.
- **Description** : Organisation en réseau autour de trajectoires définies.
- **Mise en œuvre** : Conventions de partenariat. passe par des conventions de partenariat et un partage d'informations fluide.
- **Impact attendu** : Diminution des ruptures de parcours. est la sécurisation des trajectoires de santé et la réduction des ruptures de soins.

Innovation : Réseau coordonné des soins (prise en charge horizontale)

- **Contexte** : manque de synergie entre les acteurs d'une même aire géographique ; multiplication des acteurs sans vision intégrée.
- **Description** : Mutualisation des compétences. L'innovation consiste à synchroniser les interventions des différents prestataires libéraux et institutionnels.
- **Mise en œuvre** : s'appuie sur des groupes de concertation et des outils de partage médical et groupements professionnels et outils numériques communs.
- **Impact attendu** : est une meilleure prise en charge globale et personnalisée des patients et Renforcement de la prévention.

Innovation en rapport avec la mesure de la performance des gestionnaires par la densification de l'offre de soins

Innovation : Mesure de la performance des gestionnaires par l'accroissement de l'offre de soins

- **Contexte** : Nécessité d'objectiver l'impact des gestionnaires sur l'accessibilité aux soins.

- **Description** : Évaluer les managers sur leur capacité à accroître l'offre de soins disponible dans leur zone.
- **Mise en œuvre** : Définir des indicateurs précis de volume de soins, fixer des cibles de progression et réaliser des évaluations régulières.
- **Impact attendu** : Renforcement du leadership, meilleure allocation des ressources et amélioration de la couverture sanitaire.

Innovations en soutien aux déserts médicaux

Innovation : Désenclavement des zones reculées via la télémédecine :

- **Contexte** : Isolement géographique et manque de spécialistes dans certaines régions.
- **Description** : Déploiement de consultations à distance et de télé-expertise.
- **Mise en œuvre** : Installation d'équipements connectés et formation des professionnels de santé locaux.
- **Impact** : Réduction des délais de prise en charge et maintien des soins de proximité.

Innovation : Itinérance médicale et paramédicale :

- **Contexte** : Difficulté d'accès aux soins pour les populations mobiles ou les villages isolés.
- **Description** : Unités mobiles de santé et tournées de spécialistes.
- **Mise en œuvre** : Déploiement de camions médicalisés et partenariats locaux.
- **Impact** : Amélioration de l'accès pour les publics précaires et prévention sur le terrain.

Innovation : Dotation prioritaire en ressources (humaines, ambulances, médicaments):

- **Contexte** : Pénurie chronique de personnel dans les zones enclavées ou les déserts médicaux.
- **Description** : Incitations financières et avantages pour les professionnels s'y installant.
- **Mise en œuvre** : Offres d'emploi bonifiées et programmes de fidélisation ciblés.
- **Impact** : Stabilisation des effectifs médicaux et continuité des soins dans les territoires isolés.

Innovation : Déploiement des nouveaux tests de diagnostic rapide dans les postes de santé

- **Contexte** : Les postes de santé, souvent gérés par des infirmiers, manquent de laboratoires équipés pour des analyses médicales.
- **Description** : Introduction de kits de tests simples permettant de détecter rapidement diverses maladies infectieuses et chroniques.
- **Mise en œuvre** : Formation du personnel infirmier, distribution des tests et mise en place d'un système de gestion des stocks.
- **Impact** : Amélioration de la prise en charge des patients, réduction des délais de diagnostic et prévention efficace des épidémies

Innovations en rapport avec la promotion de la santé et de l'accueil

Innovation : Création, dans chaque hôpital, centre de santé et certains grands postes de santé, d'une entité dédiée « Accueil, Promotion de la Santé, Accompagnement » :

- **Contexte** : Besoin d'améliorer l'orientation et l'écoute des patients, tout en renforçant la prévention.
- **Description** : Mise en place d'une entité dédiée à l'accueil, à la promotion de la santé et à l'accompagnement des usagers.
- **Mise en œuvre** : Déploiement de personnel formé et création d'espaces d'information et d'ateliers de prévention.
- **Impact** : Amélioration du parcours patient, sensibilisation accrue aux bonnes pratiques de santé et suivi personnalisé.

Innovation en rapport avec la création d'unité de maternité dans les CMG et CMIA

Innovation : Construction de maternités dans les centres médicaux des armées pour renforcer l'accès aux soins SRMNIA

- **Contexte** : Absence d'unités de maternité dans les Centres Médicaux de Garnison et Centres Médicaux Interarmées.
- **Description** : Aménagement de structures adaptées aux accouchements au sein de chaque établissement.
- **Mise en œuvre** : Évaluation des besoins, travaux de construction et acquisition d'équipements spécialisés.
- **Impact** : Renforcement de l'accès aux soins maternels et prise en charge locale des accouchements pour les familles militaires.

Innovation en rapport avec la normalisation des secteurs privé, militaire et paramilitaire

Innovation : Normalisation globale de l'offre de soins avec une standardisation des services et des ressources pour les secteurs privé, militaire et paramilitaire.

- **Contexte** : Disparités de normes et de qualité entre le secteur privé, militaire et paramilitaire.
- **Description** : Alignement des critères de qualité, des équipements et des ressources sur des standards communs.
- **Mise en œuvre** : Établissement d'un référentiel unifié et contrôles réguliers.
- **Impact** : Cohérence du système, équité des soins pour les usagers et meilleure interopérabilité.

Innovation : Mécanisme d'équivalences pour faciliter les comparaisons, les changements de niveaux et évaluations de l'offre de soins

- **Contexte** : Difficulté à évaluer et comparer les compétences et plateaux techniques entre différentes structures des différents secteurs.
- **Description** : Mise en place de passerelles de reconnaissance standardisées pour les professionnels et les services.
- **Mise en œuvre** : Création d'une grille d'évaluation commune et audits de certification.
- **Impact** : Fluidité dans le parcours des patients et transparence de l'offre de soins.

Innovations en rapport la gouvernance de la carte sanitaire

Innovation : Mise en place de commissions et comités pour une meilleure gouvernance territoriale de la carte sanitaire au suivi national et local

- **Contexte** : Nécessité de coordonner et de décentraliser la gestion de la carte sanitaire.
- **Description** : Création d'instances de pilotage aux niveaux national et local.
- **Mise en œuvre** : Nomination des membres et définition des prérogatives territoriales.
- **Impact** : Décisions adaptées aux spécificités locales et meilleure concertation des acteurs.

Innovation : Abandon de la numérotation des établissements au profit d'une dénomination basée sur leur ancrage territorial, plus parlante pour les populations et les acteurs locaux

- **Contexte** : Noms impersonnels ou purement administratifs manquant de clarté.
- **Description** : Remplacement des numéros par des noms liés à l'histoire locale ou géographique.
- **Mise en œuvre** : Consultation des populations pour valider les nouvelles appellations.
- **Impact** : Renforcement de l'appropriation de l'établissement par la communauté et lisibilité accrue.

Innovations en rapport avec la réorganisation des soins de santé pour optimiser l'utilisation des ressources sanitaires partageables (personnel, lits, équipements)

Innovation : Mise en place d'un « réseau hospitalier polaire »

- **Contexte** : Nécessité de rationaliser les coûts et d'améliorer la complémentarité entre établissements de santé.
- **Description** : Création de pôle regroupant plusieurs structures qui partagent leurs ressources humaines, leurs lits et leurs équipements pour mieux répondre aux besoins de la population.
- **Mise en œuvre** : Gouvernance commune, des protocoles de transfert de patients et une harmonisation des pratiques.
- **Impact** : Meilleure efficacité opérationnelle, une réduction des délais d'attente et une utilisation optimale des plateaux techniques.

Innovation : Structuration des services cliniques des établissements en « pôles d'activités »

- **Description** : Cela consiste à fusionner des services spécialisés similaires sous une même direction pour décloisonner le fonctionnement hospitalier.

- **Contexte** : Face à des structures trop fragmentées, les hôpitaux cherchent à améliorer la coordination et à optimiser les ressources.
- **Mise en œuvre** : Des équipes médicales et soignantes sont regroupées par pathologie ou patientèle, avec un pôle de gouvernance dédié.
- **Impact** : Cela renforce la cohérence des soins, facilite la prise de décision et permet de réduire les coûts opérationnels.

7. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE MISE EN ŒUVRE

Le défi majeur réside dans la mise en œuvre et le suivi rigoureux de la carte sanitaire, une fois le projet de décret adopté.

Les ministères en charge de l'Enseignement supérieur (formation du personnel médical), de la Formation professionnelle (formation du personnel paramédical), des Finances, des Forces armées, des Collectivités territoriales, et des Infrastructures sont appelés à accompagner le secteur de la santé dans la mise en œuvre de la carte sanitaire.

La deuxième recommandation est l'adoption du projet décret relatif à la carte sanitaire. Le décret confère à la carte une valeur juridique instaurant l'obligation d'y recourir et son caractère d'opposabilité au tiers.

D'autres recommandations relatives à la gestion interne de la carte sanitaire, aux études à mener pour la prise en compte du changement climatique et du genre dans la carte sanitaire sont également envisagées.

7.1.RECOMMANDATIONS POUR LE CABINET DU MSHP

La gouvernance de la carte sanitaire dépendra en grande partie de la qualité de sa gestion administrative au niveau central. Une gouvernance efficace permettra de renforcer les mécanismes de mise en œuvre et de suivi, afin de concrétiser les orientations et perspectives définies dans le décret portant carte sanitaire.

Tableau 4 : Recommandations destinées au cabinet du MSHP

Recommandations	Échéance
Proposer au Ministère des Infrastructures un cadre permanent de collaboration pour la planification et le suivi des constructions des infrastructures sanitaires	Année 1 (2026)
Faire publier le décret portant érection de l'EPS2 de Diourbel en EPS3	Année 1
Renforcer la gouvernance de la carte sanitaire à tous les niveaux	An 1
Assurer la viabilité financière des districts sanitaires désormais détachés des centres de santé	AN1
Apporter le leadership nécessaire pour la mise en œuvre de la carte	Continue
Augmenter les subventions des EPS jugés prioritaires par la carte sanitaire 2026	An 2

Recommandations	Échéance
Proposer au Ministère des Infrastructures un cadre permanent de collaboration pour la planification et le suivi des constructions des infrastructures sanitaires	Année 1 (2026)
Faire publier le décret portant érection de l'EPS2 de Diourbel en EPS3	Année 1
Prendre une loi pour désormais fixer la carte sanitaire dans un moyen terme	An 1
Réviser les missions du SNH pour enrôler de nouveaux paquets de services de promotion de la santé	An 1
Contribuer à la mise en norme des structures militaires de santé pour que les CMG et CMIA ouvrent des unités de Maternité	An 1

7.2.RECOMMANDATIONS DESTINEES AUX PARLEMENTAIRES, AU MINISTERE CHARGE DES FINANCES ET DU PLAN

Les députés, au-delà de leur rôle dans le vote du budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), plaident activement pour la densification et le renforcement de la carte sanitaire au niveau de leurs localités respectives, afin de répondre de manière plus adéquate aux besoins sanitaires des populations.

Tableau 5 : Recommandations destinées aux parlementaires, au ministère chargé des finances

Recommandations	Échéances ³	Quelques stratégies particulières
Proposer des mécanismes de financement de la carte sanitaire	Continue	✓ Facilitation de la mise en œuvre ✓ Plaidoyer pour la mise à disposition des ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la carte sanitaire 2026

7.3.RECOMMANDATIONS DESTINEES AUX MINISTERES CHARGES DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

L'analyse des besoins en ressources humaines a mis en évidence des préoccupations relatives à la capacité du pays à assurer une formation suffisante en chirurgiens-dentistes et en personnels paramédicaux, au regard des besoins actuels et prévisionnels du système national de santé.

³ A compter de la date de signature du décret relatif à la carte sanitaire.

Tableau 6 : Recommandations destinées aux Ministères chargés de l'Enseignement supérieur et de la Formation professionnelle

Recommandations	Échéances ⁴	Quelques stratégies particulières
Prendre en compte les besoins du MSHP en matière de formation	Continue	Appropriation du tome 4 définissant les besoins globaux et prioritaires
Renforcer l'enseignement de la chirurgie dentaire dans les UFR Santé	Continue	Ouvrir la branche dans les UFR Santé des régions en leur dotant des équipements nécessaires pour une bonne formation des étudiants
Renforcer les capacités du pays pour la formation du personnel paramédical	Continue	Révision des textes encadrant la formation des paramédicaux

7.4.RECOMMANDATION DESTINEE AU MINISTERE CHARGE DES INFRASTRUCTURES

Le Ministère des Infrastructures est chargé de la construction des infrastructures sanitaires. Par contre, le MSHP reste chargé de l'expression des besoins et des normes car étant le département qui gère les métiers de la médecine et de la santé publique ainsi que de la carte sanitaire. Une bonne collaboration est nécessaire pour la construction d'infrastructures sanitaires utilisables par le MSHP et ses agents.

Tableau 7 : Recommandation destinée au ministère chargé des Infrastructures

Recommandations	Échéances ⁵	Quelques stratégies particulières
Respecter les normes et les besoins de la carte sanitaire	Continue	✓ Ministère chargé des Infrastructures travaille sur la base des documents fournis par le MSHP avant toute construction ✓ Le MSHP, seule source d'expression des besoins de construction d'infrastructures sanitaires ✓ Plaidoyer pour la mise à disposition

⁴ A compter de la date de signature du décret relatif à la carte sanitaire.

⁵ A compter de la date de signature du décret relatif à la carte sanitaire.

7.5.RECOMMANDATIONS DESTINEES AU MINISTERE CHARGE DE L'INTERIEUR

Les autorités administratives locales représentent le Ministre de la Santé dans leurs circonscriptions respectives. La mise en œuvre opérationnelle passe par elles.

Tableau 8 : Recommandation destinée au ministère chargé de l'Intérieur

Recommandations	Échéances ⁶	Quelques stratégies particulières
Faire observer les normes de la carte sanitaire auprès des bailleurs de fonds et partenaires des mairies et conseils départementaux	Continue	✓ Disposer des tomes de la carte sanitaire pour mieux appliquer les orientations ✓ Piloter les instances régionales, départementales et locales de la carte sanitaire

7.6.RECOMMANDATIONS DESTINEES AUX COLLECTIVITES TERRITORIALES

En attendant la finalisation de l'Acte IV de la décentralisation, le MSHP veillera à une large dissémination de la nouvelle carte auprès des Collectivités territoriales pour une meilleure compréhension de la méthodologie de travail ayant donné les résultats fixés par décret.

Tableau 9 : Recommandations destinées aux Collectivités locales

Recommandations	Échéances ⁷	Quelques stratégies particulières
Faire observer les normes de la carte sanitaire auprès des bailleurs de fonds et partenaires des mairies et conseils départementaux	Continue	✓ Implication précoce des acteurs locaux de santé (infirmier chef de poste et médecin chef de district sanitaire) dans les projets de la Collectivité territoriale
Participer au suivi communautaire de la mise en œuvre de la Carte sanitaire		✓ Implication précoce des acteurs locaux de santé (infirmier chef de poste et médecin chef de district sanitaire) dans les projets de la Collectivité territoriale
Renforcer la contribution au recrutement du personnel qualifié dans les structures de santé	Continue	✓ Ministère chargé des Collectivités territoriales plaide pour l'augmentation du budget local destiné à la santé

⁶ A compter de la date de signature du décret relatif à la carte sanitaire.

⁷ A compter de la date de signature du décret relatif à la carte sanitaire.

Recommandations	Échéances ⁷	Quelques stratégies particulières
Contribuer à la mise en normes des structures en termes d'équipements de santé	Continue	✓ Prendre en compte dans le budget annuel communal, les besoins en équipements de santé des postes et des centres de santé
Renforcer la participation à la réhabilitation et à la construction des structures de santé	Continue	✓ Prendre en compte dans le budget annuel communal, les besoins en réhabilitations et nouvelles constructions des postes et/ou des centres de santé avant

7.7.RECOMMANDATIONS DESTINEES AUX CENTRES DE RESPONSABILITE DU MSHP

La mise en œuvre de la carte sanitaire passe par plusieurs textes réglementaires et des décisions importantes à prendre par les services du MSHP.

Tableau 10 : Recommandations destinées aux centres de responsabilité du MSHP

Recommandations	Responsables	Échéances
Prendre les arrêtés visés dans le décret de la carte sanitaire	CSSDOS en rapport avec la DAJ	An 1
Initier les actions nécessaires pour l'évaluation ex ante des projets de construction, de relèvement et de réhabilitation des hôpitaux	DPRS en rapport avec la CSSDOS	An 1 et An 2
Élaborer un plan de résorption des besoins identifiés en personnels de santé dans la carte sanitaire	DRH	An 1 et An 2
Octroyer les bourses de spécialisation en fonction des besoins en personnels et paquets de services identifiés dans la carte sanitaire tout en précisant aux boursiers les zones probables d'affectation	DRH	Continue
Régionaliser des postes budgétaires relatifs aux personnels de santé afin mieux gérer le continuum de services	DAGE en rapport avec la DRH	Continue
Impliquer les chaires/Responsables d'enseignement dans la commission d'affectation et de mutation	DRH en rapport avec la DGES	Continue
Publier régulièrement avec la collaboration de la CSSDOS, les besoins en ressources humaines	DRH	Continue

Recommandations	Responsables	Échéances
estimés à partir des normes fixées par le décret de la carte sanitaire		
Élaborer un plan de formation du personnel de la santé en partant des priorités de la carte sanitaire.	DRH	An 1
Soumettre au Ministre de la Santé un projet de convention pour la prise en compte dans la formation académique des UFR Santé les besoins de formation prioritaires	DRH en rapport avec la DAJ, la DGS, la DGES	An 1
Vulgariser et disséminer les sept tomes de la carte sanitaire au niveau national	CSSDOS	An 1
Aligner les investissements (DPPD, ...) sur les besoins de l'offre de soins identifiés dans la carte sanitaire.	DPRS et DAGE en rapport avec la DU MSHP, la DGS, la DGES	Continue
Utiliser les paquets de services de la carte sanitaire pour évaluer la qualité des soins de santé et les inspections	DLM, DSME, Direction de la Qualité, DGS, DGES et IAAF	Continue
Organiser le redéploiement des RH ⁸ et des équipements en sur dotation.	DRH et DEM en rapport avec les DRS et les hôpitaux	An 1 et 2
Accélérer l'adoption de nouveaux textes juridique du SNH (code de l'hygiène)	DAJ et SNH	AN1
Élaborer un Système d'Information de la carte sanitaire (SICAS) interopérable avec les autres systèmes	CSSDOS	An 1 et 2
Cartographier les risques de vulnérabilité climatique des structures de santé et proposer un plan de contingence	CSSDOS	AN2
Élaborer le plan de suivi et évaluation de la carte sanitaire	CSSDOS	AN1

⁸ Voir la conditionnalité de redéploiement

8. PERSPECTIVES

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) s'engage actuellement dans la phase réglementaire de validation du projet de décret relatif à la carte sanitaire, conformément aux dispositions de la loi hospitalière qui prévoit que la carte sanitaire soit fixée par décret.

Une fois le décret adopté et signé, le département procédera à la diffusion et à l'appropriation de la nouvelle carte sanitaire par l'ensemble des acteurs concernés.

Les aspects liés à la mise en œuvre et au suivi porteront notamment sur la digitalisation de la carte sanitaire, le partage des données, la recherche de financement, l'élaboration du plan de suivi et évaluation de la carte et l'opérationnalisation des réseaux de soins.

9. PLAN DE MITIGATION

Face aux risques de mise en œuvre optimale de la carte sanitaire, le MSHP propose des mesures de mitigation :

Tableau 11 : Mesures de mitigation

Énoncé du risque	Niveau de survenue du risque	Conséquences	Mesures de mitigation
Faible adhésion des parties prenantes internes	Moyen	Décalage entre les investissements et la carte sanitaire Inefficacité des investissements	Partager la carte avec les directions et services du MSHP Circulaire du Ministre pour engager le département Insertion de la carte sanitaire dans suivi des interventions du secteur (RAC, CIS,
Faible adhésion des parties prenantes externes	Moyen	Retard dans l'atteinte de la CSU	Partage du décret de la carte sanitaire en B to B
Lenteur de l'adoption du projet de décret relatif à la carte sanitaire	Faible	Absence de l'opposabilité aux tiers L'inobservance de la carte sanitaire n'est pas condamnée	Sensibiliser le Premier Ministre et le SGG
Difficultés de mobilisation des ressources	Élevé	Retard dans l'atteinte de la CSU	Sensibiliser les partenaires au développement et le MFB et le MEPC

Énoncé du risque	Niveau de survenue du risque	Conséquences	Mesures de mitigation
		Impacts attendus non réalisés	

CONCLUSION

La carte sanitaire 2026 constitue un levier stratégique de transformation systémique du système de santé sénégalais. Alignée sur les réformes structurantes de l'Agenda Sénégal 2050, elle vise à renforcer la performance du système de santé face aux défis liés à la croissance démographique, aux épidémies, aux maladies chroniques et à l'urbanisation rapide.

Cette édition marque une rupture significative par l'introduction de normes innovantes fondées sur le temps d'accès aux soins et les ratios professionnel/population, dépassant l'approche traditionnelle fondée exclusivement sur la distance kilométrique. L'institutionnalisation de nouveaux niveaux de soins, notamment l'hôpital d'excellence, la départementalisation des soins de spécialités pour soutenir les soins de santé primaires, ainsi que le développement de la santé numérique traduisent une volonté affirmée de modernisation de l'offre de soins et de réduction des inégalités territoriales. Cette nouvelle carte intègre de la résilience au changement climatique et est sensible au genre et est inclusive.

La concrétisation de ces orientations repose sur une coordination intersectorielle renforcée et un engagement soutenu de l'État et de ses partenaires. Au-delà des projections et des outils de planification, l'objectif fondamental demeure l'amélioration de l'expérience patient et la garantie d'un accès universel à des soins de qualité, faisant de la santé un pilier du développement économique et social du Sénégal à l'horizon 2030.

En définitive, investir dans la mise en œuvre de la carte sanitaire 2026, c'est consolider le capital humain national, réduire les disparités territoriales et donner une traduction concrète à l'ambition de la Couverture Sanitaire Universelle.

Le cadre stratégique est posé et les priorités sont clairement identifiées, il appartient désormais à l'ensemble des acteurs d'en assurer la mise en œuvre effective au bénéfice des populations.

COMITÉ DE RÉDACTION

Superviseur principal : Secrétaire général du MSHP

Coordinateur de la rédaction : Coordinateur de la CSSDOS

DÉFINITIONS DES CONCEPTS

Établissement hospitalier privé : structure hospitalière privée, à but lucratif ou non lucratif disposant d'un plateau technique complet, assurant hospitalisation, chirurgie, imagerie, analyses et soins spécialisés, comparable à un hôpital public en termes de capacité et de niveau de référence. Elles sont classées par niveau et s'alignent aux normes des établissements hospitaliers publics prévues par le présent décret.

Pôle d'excellence: pôle d'une spécialité médicale ou chirurgicale très avancée dans un mode de prise en charge médicale, ou dans une technique médicale donnée

Établissement hospitalier privé à but non lucratif : Structure sanitaire gérée par un organisme religieux ou communautaire dont les membres ne reçoivent pas une contrepartie quelle que soit la nature.

Établissement hospitalier privé à but lucratif : Structure créée par des professionnels de santé ou par des personnes morales de droit privé, notamment les sociétés anonymes (SA) ou les sociétés coopératives (SCOP), les sociétés professionnelles civiles.

Offre de soins : l'offre de soins comporte, outre les ressources humaines, l'ensemble des infrastructures sanitaires relevant des secteurs public et privé et toutes autres installations de santé, axes ou mobiles, ainsi que les moyens mis en œuvre pour la fourniture des soins et des prestations de santé.

La transfusion sanguine : La transfusion sanguine est toute administration par injection intraveineuse d'un produit sanguin dans l'organisme d'un patient.

Les structures de transfusion sanguine comprennent le Centre national de Transfusion sanguine (CNTS), le Centre régional de Transfusion sanguine (CRTS), le Poste de transfusion sanguine (PTS) et le dépôt de sang et les banques de sang hospitalières sont considérées comme des PTS .

District sanitaire vaste : dont la superficie est strictement supérieure à la moyenne nationale

District sanitaire peuplé : dont la population est strictement supérieure à la moyenne nationale

Installation de haute technologie : installation utilisée pour dispenser des soins dans une infrastructure ou une installation de santé, reposant sur une technologie et des techniques de pointe relevant des domaines des technologies de l'information, de la biotechnologie, de la robotique ou des nanotechnologies

Désert médical : un désert médical est une zone géographique où la population rencontre des difficultés importantes pour accéder aux soins de santé.

Filières de soins : une organisation verticale hiérarchisée de la prise en charge des patients à travers des niveaux de recours aux soins organisés selon la nature de la morbidité et les protocoles thérapeutiques. La filière de soins est le chemin balisé que le patient doit suivre pour monter en gamme de soins selon la gravité de son cas. Le concept est utilisé pour désigner l'organisation complète autour d'une maladie ou d'un public précis.

Réseau coordonné de soins : C'est un système où la prise en charge du patient est continue et fluide. Le médecin généraliste parle au radiologue du secteur privé, l'hôpital transmet le dossier à l'infirmière à domicile, et le SAMU informe les urgences de l'arrivée du patient.

C'est une organisation horizontale non hiérarchisée de la prise en charge des patients au sein du même territoire sanitaire, afin de renforcer la coordination d'une prise en charge médicale. L'information circule aussi vite que le malade.

Pôle d'excellence : Un pôle d'excellence est une structure ultra-spécialisée qui concentre d'excellents experts et du meilleur matériel de très haute technologie prenant en charges des cas très complexes dans un domaine médical et chirurgical précis.

Normes minimales : les normes minimales en santé représentent le seuil ou l'offre de soins (équipement médical, ressources humaines, paquets de services, services cliniques, ...) en deçà duquel la qualité, la sécurité et l'accessibilité des soins sont compromises. Elles ne constituent pas un plafond à atteindre, mais une base non négociable pour garantir la dignité humaine et le droit à la santé.

L'objectif principal est d'harmoniser les pratiques, de réduire les disparités régionales et d'assurer que chaque individu, quel que soit son lieu de résidence, ait accès à un panier de soins essentiels de qualité.

Les besoins estimés à partir de la norme minimale appellent à des investissements prioritaires. Elle est applicable :

- aux catégories (hôpital, centre de santé et poste de santé) et niveaux (premier, deuxième, troisième et quatrième niveaux) de structures et établissements de santé,
- aux ressources humaines,
- aux équipements médicaux,

Normes maximales : la norme maximale renvoie à l'offre ajoutée à la norme minimale

Urgences pré-hospitalières : les urgences pré-hospitalières sont les évacuations sanitaires et les interventions à domicile.

Service d'Assistance Médicale d'Urgence (SAMU) : le Service d'Assistance Médicale d'Urgence est un établissement public non hospitalier spécialisé relevant de la carte sanitaire, fondé en 2005, régi par le décret d'application numéro 2005-1271 du 29 décembre 2005 portant organisation administrative et financière du SAMU.

Une structure de santé militaire ou paramilitaire : est une structure de soins créée pour la prise en charge médico-sociale des militaires, des paramilitaires, de leurs familles et des populations civiles dans le cadre de la concrétisation du concept Armée-Nation.

Établissements de santé : terme utilisé pour désigner l'ensemble des installations, établissements publics de santé, établissements privés de santé, structures publiques de santé, quel qu'en soit le régime juridique, qui offrent des soins de santé.

Découpage sanitaire : C'est un découpage géographique rigide du territoire national en territoires sanitaires homogènes opéré par l'État pour organiser les soins d'une manière équitable et gérer les ressources.

Offre de soins : L'offre de soins comporte, outre les ressources humaines, l'ensemble des infrastructures sanitaires relevant des secteurs public et privé et toutes autres installations de santé, fixes ou mobiles, ainsi que les moyens mis en œuvre pour la fourniture des soins et des prestations de santé

Catégories d'établissements de santé : les catégories renvoient aux principales appellations des établissements de santé pouvant être organisé en niveaux. Il s'agit pour les structures gérées par le MSHP, de l'hôpital, du centre de santé, du poste de santé et de la case de santé

Niveaux de structure de santé : les niveaux apportent une différence au sein de la catégorie (premier niveau, deuxième niveau, troisième niveau et quatrième niveau).

Demande : sollicitation écrite demandant au gouvernement la densification de la carte sanitaire

Besoin : renvoie à une nécessité de renforcer la carte sanitaire constatée par les services du ministère de la santé basée sur les normes édictées à cet effet

Hôpital général : un Hôpital Général est un établissement de santé qui dispose de services cliniques variés couvrant la majorité des disciplines médicales et chirurgicales. Il a vocation à accueillir tous les types de patients (hommes, femmes, enfants) pour tous les types de pathologies (maladies courantes, urgences, chirurgies, maladies chroniques)

Centre de santé de premier niveau (CSPN) : le CSPN est une structure publique de santé qui dispose en cahier de charges minimales, en plus des soins offerts au poste de santé, de la spécialité de médecine générale avec des soins médicaux, promotionnels et préventifs en ambulatoire et en hospitalisation.

Centre de santé de deuxième niveau (CSDN) : le CSDN est une structure publique de santé qui dispose en cahier de charges minimales, en ambulatoire et en hospitalisation, en plus du plateau technique du CSPN, les spécialités suivantes :

- gynécologie obstétrique et actes de chirurgie générale simples ;
- pédiatrie ;
- chirurgie dentaire ;
- médecine d'urgences médicales ;
- biologie ;
- imagerie médicale.

Centre de santé de troisième niveau (CSTN) : le CSTN est une structure publique de santé qui offre en cahier de charges minimales, en plus du plateau technique du CSDN, les spécialités suivantes :

- chirurgie générale ;
- cardiologie ;
- médecine d'urgences chirurgicales ;

- transfusion sanguine et produits dérivés.

Poste de santé : le poste de santé est une structure publique de santé qui offre des soins curatifs paramédicaux, promotionnels et préventifs.

Case de santé : la case de santé est une structure de santé communautaire qui offre des services promotionnels, préventifs et curatifs par des acteurs communautaires de soins et des acteurs communautaires de promotion et de prévention.

Le territoire de santé est une entité géographique et/ou administrative définie par le Ministère en charge de la Santé pour organiser et coordonner l'offre de soins et les actions de santé publique en fonction des besoins de la population locale et des orientations nationales.

LISTE DE PARTICIPANTS AU PROCESSUS