

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



Faculté des Lettres et Sciences Humaines

Département de Géographie

**Master II : Aménagement du Territoire, Décentralisation et
Développement Local**

Mémoire de Master II

**Les conditions d'accès aux soins de santé
dans la communauté rurale de Yène**

Présenté par : Abdoulaye KONE

Sous la direction de :

M. Christophe EVRARD

Professeur à l'Université Paul Valéry (Montpellier III)

M. Amadou DIOP

Professeur d'Université (UCAD)

Année universitaire : 2010-2011

TABLE DES MATIERES

Dédicaces.....	I
Remerciements.....	IV
Liste des abréviations.....	VI
Sommaire.....	VIII
Introduction.....	1
Problématique.....	3
I. Contexte.....	3
1. <i>Objectifs de l'étude</i>	8
a. <i>Objectif général</i>	8
b. <i>Objectifs Spécifiques</i>	8
2. <i>Hypothèses</i>	8
II. Analyse conceptuelle.....	9
III.Méthodologie.....	13
a. <i>Cadre d'étude</i>	13
i. <i>Cadre spatiale</i>	13
ii. <i>Cadre démographique</i>	16
iii. <i>Cadre socio-économique</i>	16
b. <i>Collecte des informations</i>	16
i. <i>Revue documentaire</i>	17
ii. <i>Enquête de terrain</i>	17
iii. <i>Traitement des données</i>	18
PREMIERE PARTIE: La gouvernance sanitaire au Sénégal.....	19
Chapitre I : L'organisation sanitaire au Sénégal.....	21
1.1. <i>Le district sanitaire</i>	21
1.2. <i>La région médicale</i>	22
1.3. <i>Le niveau central ou national</i>	22
Chapitre II : Les structures d'offres de soins publics.....	23
2.1. <i>Les postes de santé</i>	24
2.2. <i>Les centres de santé</i>	24
2.3. <i>Les hôpitaux</i>	24

DEUXIEME PARTIE : L'offre de soins dans la Communauté Rurale de Yène.....	26
Chapitre I : Le cadre institutionnel de l'offre de soins dans la CR.....	27
1.1. <i>Les compétences de la communauté rurale en matière de santé.....</i>	<i>27</i>
1.2. <i>Le mécanisme institutionnel local de l'offre de soins.....</i>	<i>28</i>
Chapitre II : La géographie d'implantation de l'offre de soins.....	30
2.1. <i>Infrastructures.....</i>	<i>30</i>
2.2. <i>Personnel de soins.....</i>	<i>31</i>
Chapitre III : Les activités de soins dans les structures	33
3.1. <i>Les activités curatives.....</i>	<i>33</i>
3.2. <i>Les activités préventives.....</i>	<i>33</i>
TROISIEME PARTIE : Fonctionnement et accès aux structures de soins dans la CR de Yène.....	34
Chapitre I : Etat des lieux.....	35
1.1. <i>Fonctionnalité des structures de santé.....</i>	<i>35</i>
1.2. <i>Polarisation des structures de santé.....</i>	<i>36</i>
1.3. <i>Les raisons récurrentes de la consultation.....</i>	<i>38</i>
Chapitre II : Analyse de l'accès aux soins.....	39
2.1. <i>La gouvernance sanitaire locale.....</i>	<i>39</i>
2.2. <i>L'offre actuelle de soins et les besoins de la population.....</i>	<i>41</i>
2.3. <i>Alternative à l'offre formelle de soins.....</i>	<i>45</i>
Chapitre III : Prospective pour l'amélioration de l'offre de soins dans la CR DE YENE..	47
3.1. <i>Les perspectives à moyen terme.....</i>	<i>48</i>
3.2. <i>Les perspectives à long terme.....</i>	<i>50</i>
CONCLUSION.....	55

TABLE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Evolution de la population de la Communauté Rurale.....	15
<u>Tableau 2</u> : Effectif par tranche d'âge de la Communauté Rurale.....	16
<u>Tableau 3</u> : Les principales infrastructures de santé soins au Sénégal.....	23
<u>Tableau 4</u> : Les infrastructures sanitaires de la Communauté Rurale de Yène.....	30
<u>Tableau 5</u> : Le personnel de Santé dans la CR de Yène.....	31
<u>Tableau 6</u> : Situation des structures fonctionnelles dans la CR de Yène.....	35
<u>Tableau 7</u> : Polarisation des postes de santé	37
<u>Tableau 8</u> : Cible des activités des postes de santé en 2011.....	37
<u>Tableau 9</u> : Résultats d'activité du 1 ^{er} semestre 2010 des postes de santé	42
<u>Tableau 10</u> : Analyse du besoin en personnel de la Communauté Rurale.....	49
<u>Tableau 11</u> : Estimation de la population de Yène en 2020.....	51
<u>Tableau 12</u> : Projection de la population et besoin en structure de santé.....	52

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Cadre décisionnel et offre de soins au Sénégal.....	20
Schéma 2 : Organisation sanitaire au Sénégal.....	21
Schéma 3 : Système de référence dans l'offre de soins au Sénégal.....	25
Schéma 4 : Mécanisme institutionnel de l'offre de soins dans la CR de Yène.....	29

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Les causes de fréquentation des structures de santé de la CR de Yène.....	38
Graphique 2 : Dépenses de Santé de la Communauté Rurale de Yène.....	40
Graphique 3 : Evolution des dépenses de santé de la Communauté Rurale de Yène.....	41
Graphique 4 : Fréquentation des structures de santé de la CR de Yène.....	42
Graphique 5 : Consultation en dehors des structures des villages des malades.....	45

Allah (swt)

*Nous ne pouvons en aucune manière, vous remercier pour toute la miséricorde que vous avez répandue sur nous.
Nous sommes vos esclaves et nous ne pouvons que demander votre soutien et votre accompagnement afin de pouvoir
utiliser les connaissances acquises dans la voie qui est la vôtre.*

DEDICACES

Je dédie ce travail



Mes parents (Youssef KONE, Korotoumou KONE et Aïchata KONATE), Vous avez toujours su me guider sur le droit chemin de par votre agir quotidien. Merci de m'avoir vite fait savoir qu'on ne réussit que par soi-même. Votre bonté m'a permis de ne me jamais me sentir seul en ayant toujours eu une famille d'accueil partout où je suis passé. Merci de votre devoir de parent accompli. Puisse Allah (swt) vous accorder une longue vie de santé.

REMERCIEMENTS

Sans le concours, combien précieux de maintes personnes, ce travail n'allait jamais voir le jour. C'est ainsi qu'il m'est un devoir d'exprimer ma gratitude à certaines personnes. Mes remerciements sincères s'adressent :

- *Au corps professoral du Master Aménagement du Territoire, Décentralisation et Développement local du Département de Géographie de l'Université Cheick Anta DIOP de Dakar pour la qualité de l'enseignement dispensé en général et au Professeur Amadou DIOP en particulier pour son sens d'écoute ;*
- *A mon encadreur Christophe Evrard, professeur de Géographie de la Santé à l'Université Paul Valérie de Montpellier (France) pour ses observations pertinentes et ses enrichissements tout au long de ce travail ;*
- *A mes frères et Sœurs pour leur soutien de tous les jours.*
- *A Valery Evrard pour son soutien et ses encouragements.*
- *A l'ensemble du personnel de santé de la communauté rurale de Yène pour leur disponibilité ;*
- *A tous mes camarades de promotion en général et à Haoua A NDONGO en particulier pour sa disponibilité, son sens d'écoute et son ouverture d'esprit.*
- *A tous ceux qui se reconnaîtront dans ce travail mais dont les noms n'ont pas pu être cités, profonde gratitude.*

LISTE DES ABREVIATIONS

AN	:	Assemblée Nationale
PMA	:	Pays Moins Avancés
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PDIS	:	Programme de Développement Intégré de la Santé
PO	:	Plan Opérationnel
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PCR	:	Président du Conseil Rural
ATDDL	:	Aménagement du Territoire, Décentralisation et Développement Local
ETPS	:	Environnement, Territoire, Population, Santé
SNIS	:	Système National de l'Information Sanitaire
PRDS	:	Plan Régional de Développement Sanitaire
PDDS	:	Plan Départemental de Développement Sanitaire
PIDSS	:	Programme Intégré de Développement du Secteur de la Santé
CSR	:	Centre de Santé de Référence
CR	:	Communauté Rurale
FDD	:	Fonds de Dotation de la Décentralisation
FECL	:	Fonds d'Équipement des Collectivités Locales
ASC	:	Agent de Santé Communautaire
IDE	:	Infirmier Diplômé d'État
SF	:	Sage Femme

RC	:	Relais Communautaire
GDC	:	Gérant du Dépôt Communautaire
CPC	:	Consultation Primaire Curative
PS	:	Poste de Santé
ICP	:	Infirmier Chef de Poste
NF	:	Non Fonctionnelle
FAR	:	Femme en l'Age de Reproduction
ANSD	:	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
SSP	:	Soins de Santé Primaires

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PROBLEMATIQUE

II. Contexte

IV. Analyse conceptuelle

V. Méthodologie

PREMIERE PARTIE : LA GOUVERNANCE SANITAIRE AU SENEGAL

Chapitre I : L'organisation sanitaire au Sénégal

Chapitre II : Les structures d'offres de soins publics

DEUXIEME PARTIE : L'OFFRE DE SOINS DANS LA COMMUNAUTE RURALE DE YENE

Chapitre I : Le cadre institutionnel de l'offre de soins dans la CR

Chapitre II : La géographie d'implantation de l'offre de soins

Chapitre III : Les activités de soins dans les structures

TROISIEME PARTIE : FONCTIONNEMENT ET ACCES AUX STRUCTURES DE SOINS DANS LE COMMUNAUTE RURALE DE YENE

Chapitre I : Etat des lieux

Chapitre II : Analyse de l'accès aux soins

Chapitre III : Prospective pour l'amélioration de l'offre de soins dans la CR de Yène

CONCLUSION

INTRODUCTION :

L'insuccès des efforts déployés à travers les progrès scientifiques et médicaux dans l'amélioration de la santé des individus marque le début d'une nouvelle expérience dans l'approche du fait sanitaire. En effet, une innovation de taille est prônée dans la politique de santé (Alma –Ata, 1978)¹ figurant dans le texte fondateur du concept des soins de santé primaire (SSP). Elle consiste à une amélioration sensible de l'environnement socio-économique : cadre de vie assainie, branchements sociaux adéquats, moyens financiers conséquents. Cette approche sanitaire repose sur un partenariat avec les communautés, qui ne pouvait avoir de meilleur cadre que celui de la décentralisation.

La décentralisation a été une des idées- force qui ont sous-tendu les réformes menées dans les années 1990 dans la plupart des systèmes de santé. Dans un certain nombre de pays, la tendance est à déléguer la gestion du système, et progressivement son financement à des collectivités locales. Dans d'autres, il ne s'agit pas de décentralisation politique au sens strict, mais de délégation de responsabilités à des acteurs locaux – institutions, groupes de professionnels. Dans tous les cas, ces processus de décentralisation ou délégation sont vus comme des leviers pour améliorer l'efficacité et la réactivité du système de santé, mieux adapter les réponses aux besoins en rapprochant les décisions des populations et favoriser l'implication et la participation citoyennes.

Au Sénégal, la santé est considérée comme un droit fondamental pour tout individu dont la garantie est une obligation pour les autorités publiques. Ainsi, pour mieux prendre en compte les besoins des populations de base, l'Etat dans le cadre de la réforme administrative (décentralisation) a voulu à travers le transfert de compétences dans le domaine de la santé² permettre aux autorités locales la prise en charge des besoins de santé des populations vivant sur leur territoire.

La communauté rurale de Yène n'a pas fait exception à cette règle. C'est ainsi qu'à l'instar des autres collectivités locales, elle est chargée d'assurer, d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies afin de mieux répondre aux besoins de santé dans

¹ La conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires a eu lieu en septembre 1978 au Alma –Ata au Kazakhstan. A l'issue de cette conférence, une déclaration a été faite pour l'adoption de politiques de santé basée sur les soins de santé primaires.

² Loi 96-07 du 22 mars 1996, portant transfert de compétences aux régions, communes et communautés rurales

sa collectivité³. Cette réponse s'organise autour des structures de santé, mais aussi d'autres dispositifs pouvant permettre de mieux cerner ce besoin.

L'analyse des conditions d'accès aux soins de santé dans notre étude aura pour cadre spatial, la communauté rurale de Yène.

Elle s'articulera autour de trois points essentiels : la gouvernance sanitaire au Sénégal (première partie), cette analyse nous permettra de comprendre mieux l'organisation et le fonctionnement du système de santé au Sénégal afin d'avoir une meilleure appréhension de l'offre de soins dans la communauté rurale de Yène (deuxième partie). Pour mieux observer cette offre, nous nous intéressons à la fonctionnalité et l'accès aux structures de santé dans la communauté rurale de Yène (troisième partie)

³ Article 17 de la constitution de 2001 du Sénégal

Problématique

I. Contexte

Au cours des dernières décennies du 20^{ème} siècle, l'écart s'est considérablement creusé entre la richesse des pays du Nord et la pauvreté des pays les moins avancés (PMA). Depuis vingt ans, le nombre des pays les moins avancés – selon les critères de Nations Unies – n'a cessé d'augmenter. Cette inégalité de répartition de richesse a eu pour corollaire la faible capacité des Etats à faire face aux dépenses sociales (enseignements et soins de santé primaires, accès à l'eau potable, électricité et autres).

Dans la plupart des PMA, la majorité de la population vit avec moins de deux (2) dollars par jour et les taux d'alphabétisation ne dépassent pas 50 % et atteignent, dans les zones rurales reculées, plus de 80 %⁴. Cette pauvreté endémique bien entendu entraîne la dégradation des états de santé. Individuellement, comment prendre soin de sa santé dans ces conditions quand on dispose de si peu de moyens ? Collectivement, quand les dépenses publiques de santé moyennes, par an et par personne, atteignent 2500 € au Nord, elles ne dépassent pas 2,5 € dans les pays les plus pauvres : comment soigner aussi bien avec 1000 fois moins de ressources publiques ?

Cependant la plupart des analystes sont unanimes que la santé et l'éducation sont les conditions indispensables à une réduction de la pauvreté, une croissance économique et une amélioration globale du bien-être des populations. Ainsi une priorité accordée à la santé est une stratégie et un moyen efficaces de favoriser le développement économique et social. Cette dimension socio économique de la santé a été très tôt prise en compte au Sénégal.

Ainsi à son accession à l'indépendance, le Sénégal, soucieux de la prise en charge des besoins de santé de sa population et conscient de la place qu'occupe la santé dans le développement économique, a reconnu dans le préambule de la loi N° 60-045 A.N. du 26 août 1960 portant loi constitutionnelle, le droit à la santé à travers la reconnaissance des droits économiques et sociaux. Malgré les multiples révisions constitutionnelles, cette disposition restera toujours dans le préambule jusqu'à la révision de 2001, où ce droit sera reconnu explicitement aux articles 8 et 17 de la Constitution de 2001 en ces termes : «...L'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des

⁴ Rapport sur la coopération dans le secteur de la santé avec les pays en développement, 2002, page 5

personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... »⁵

Cette reconnaissance du droit à la santé avait été matérialisée au plan international par l'adhésion du Sénégal à l'Organisation Mondiale de la Santé en octobre 1960 et l'adoption de la déclaration d'Alma-Ata de 1978 et de l'Initiative de Bamako de 1987 et au plan national par la déclaration de politique de population d'avril 1988 où l'Etat dans ses missions de service public devrait assurer une meilleure couverture au niveau régional des besoins de base dans tous les domaines (alimentation, nutrition, santé, éducation, logement, formation, environnement, loisirs).

Aussi une place de choix avait été accordée à l'amélioration de l'accès aux services de santé dans la Déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989, qui s'appuie sur l'approche programme traduite par le Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS). Ce plan a une durée de dix (10) ans. Le premier plan (1998-2007) a été exécuté et le deuxième (2009-2018) est en cours.

Le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) qui couvre une période de cinq ans est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le PNDS. Les objectifs définis par le PDIS sont : la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile et la maîtrise de la fécondité. Il est exécuté à l'aide des Plans opérationnels (PO), qui est l'instrument annuel de réalisation du PDIS

Par ailleurs, dans le cadre de la réforme administrative, notamment la décentralisation -beaucoup de réformes ont été entreprises afin d'aboutir à celle de 1996 qui érige la région en collectivité locale- l'Etat décida de mettre en place des entités pouvant mieux s'occuper des préoccupations des populations et cela conformément à ses plans et programmes de développement globaux et sectoriels. La réforme de 1996⁶, finalisa les niveaux des collectivités locales (région, commune et communauté rurale). Ainsi pour rendre opérationnelles ces collectivités, l'Etat procéda au transfert de compétences dans neuf domaines dont la santé⁷.

⁵ Loi n° 2001-03 du 22 janvier 2001 portant Constitution de la République du Sénégal

⁶ Article 1^{er} de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant Code des Collectivités locales

⁷ Loi N°96-07 du 22 mars 1996 relative au transfert de compétences aux régions, communes et communautés rurales

L'objectif de ce transfert de compétences était de pouvoir responsabiliser les populations en leur faisant participer à la prise de décisions et à la réalisation d'activités concernant leur santé et cela à travers les organes élus par eux-mêmes. A cet effet, les collectivités locales selon leur échelle (région, commune et communauté rurale) ont bénéficié de compétences pour la prise en charge des besoins de santé de leurs populations. Cette décentralisation des structures de santé se présente sous la forme d'une pyramide à trois niveaux : celui des districts, des régions médicales et l'échelon national.

Le niveau district comprend un Centre de santé ou un hôpital de 1^{ère} référence, qui couvre l'activité des postes de santé, qui à son tour supervise l'activité des cases et maternité de santé de leur territoire.

C'est ainsi que la communauté rurale, objet de notre étude, est compétente selon les termes de l'article 33 de la loi 96-07 du 22 mars 1996, en matière de santé et population, de la construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé, des maternités et cases de santé ruraux.

L'Etat en transférant ces compétences, a mis à la disposition des collectivités les moyens (financiers⁸ et humains) nécessaires à l'exercice de ces compétences. Ainsi, les collectivités, dans le cadre de leurs activités et dans la limite des compétences qui leur sont transférées, sont responsables de la mise en place des projets et activités visant à améliorer la santé des populations de leur entité territoriale et cela en conformité avec les programmes nationaux relatifs à la santé.

La communauté rurale de Yène-notre cadre d'étude- est une communauté rurale de la région de Dakar. Elle est située à 15 Km de Rufisque et à 45 Km de Dakar. Elle est rattachée au district sanitaire de Diamniadio (avec l'hôpital Elizabeth DIOUF, comme référence) et fait partie de la région médicale de Dakar.

La communauté rurale compte dix (10) villages dont huit sur la côte. Sa population est estimée à 24 807 habitants⁹ et est constitué de lébou, de wolof, de sérère et d'autres qui pratiquent en général la pêche et l'agriculture.

⁸ Le fonds de dotation de la décentralisation, fonds d'équipement des collectivités

⁹ Statistiques d'imposition de la communauté rurale de Yène (2009)

Cette population se répartie comme suit : 44% ont moins de 16ans, 51% ont entre 16 ans et 60 ans et 5% ont plus de 60 ans.

La proximité de la communauté rurale avec la ville de Dakar, fait qu'elle fait l'objet d'une migration assez importante, cela peut se constater dans l'évolution du peuplement qui, estimé en 1988 à 9557 habitants répartis entre 997 ménages, est passée à 17 992 habitants en 2002 répartis entre 3175 ménages¹⁰ et à 24 807 habitants en 2009. Cette dynamique a entraîné un étalement des zones d'habitation créant ainsi de nouveaux sous territoires.

Ce flux migratoire est constitué en général des travailleurs s'installant pour l'exploitation des ressources de la mer, mais aussi une forte communauté étrangère (immigrés occidentaux) qui s'installe dans la communauté. Cette situation est constatable dans les villages situés sur la côte. Par exemple, la population du village de Toubab Dialaw estimée à 956 habitants en 1988 est passée à 2229 en 2002, idem pour le village de Yène Guedj dont la population est passée à 4489 habitants en 2002 contre 2122 habitants en 1998.

En effet, les données démographiques de la communauté rurale de Yène montrent clairement, que la majeure partie de la population est constituée par les grands consommateurs de soins de santé (enfants, femmes à l'âge de reproduction).

L'offre de soins actuelle de la communauté est assurée par les postes de santé, cases de santé et maternités rurales¹¹. Les activités qui y sont menées sont curatives (consultation, suivi pré et post natal, soins) et préventives (vaccination, planning familial, conseils nutritionnels).

La répartition inégale des services de santé entre zone urbaine et rurale –situation à laquelle sont confrontés presque tous les systèmes de santé- mais aussi à l'intérieur d'un même territoire n'épargne pas la communauté rurale de Yène. Les infrastructures sanitaires sont réparties entre certains villages de la communauté rurale tandis que d'autres n'en disposent pas, créant ainsi des « déserts

¹⁰ <http://www.minfinances.sn/ppsir222.html>; Enquête recensement général de la population et de l'habitat de Dakar en 2002

¹¹ Mame Awa FALL : Le rôle du tourisme de Week end dans la périurbanisation de la petite côte : Etude de cas à Toubab Dialaw (Communauté Rurale de Yène), Master ATDDL, UCAD, année universitaire 2009-2010

sanitaires ». Aussi certaines structures bien qu'existantes sont confrontées à un problème de fonctionnalité. Ce qui entraîne du coup une faible couverture sanitaire de la communauté rurale mais aussi des disparités dans l'offre et l'accès de la population aux services de santé. Cette situation entraîne la non prise en charge de certains problèmes de santé contraignant les malades à avoir recours soit aux centres situés dans d'autres villages de la communauté ou hors de la communauté ou à d'autres pratiques.

La présence de services de santé étant une condition nécessaire pour maintenir et améliorer la qualité de vie des habitants sur un territoire, pour permettre l'installation de nouvelles populations, mais aussi pour faire émerger des nouvelles activités économiques, il est évident que le dynamisme de la population ci-dessus évoqué entraînera une croissance de la demande de soins dont la satisfaction passera nécessairement par le renforcement des structures existantes mais aussi la création de nouvelles structures afin de faire face à cette hausse en demande de soins.

Cette augmentation de la demande sera quantitative mais aussi diversifiée : quantitative du fait de l'augmentation arithmétique de la population mais qualitative eu égard à la complexité des tranches d'âges et aussi l'installation d'une nouvelle catégorie de population en l'occurrence les occidentaux et les retraités qui disposant d'une certaine capacité financière et participant au développement de la communauté (paiement des taxes et impôts, exercice d'activité génératrice de revenus) seront exigeant en terme de qualité de soins. Ceci nécessitera une augmentation et une égale répartition de l'offre de soins mais exigera une amélioration de la qualité des ressources humaines.

1. Objectifs de l'étude

c. Objectif général :

Cette étude vise à analyser les conditions d'accès aux soins de santé des populations dans la communauté rurale de Yène et à faire des propositions pour l'amélioration et l'extension de cette offre, afin de répondre aux besoins de santé résultant de sa dynamique démographique et son étalement territorial.

d. Objectifs Spécifiques

- Analyser le cadre institutionnel de l'offre de soins à Yène ;
- Analyser la répartition et la fonctionnalité des structures sanitaires sur le territoire de la collectivité ;
- Evaluer l'offre de soins et sa concordance avec les besoins de la population ;
- Proposer des stratégies pour l'amélioration et l'extension de cette offre.

2. Hypothèses

Certaines hypothèses nous permettrons de mieux cerner notre étude :

- ✚ Le conseil rural est impliqué dans la prise en charge des besoins de santé.
- ✚ L'accès aux services de santé dans la communauté rurale est inégalement répartie ;
- ✚ Les besoins de santé de la population ne sont pas satisfaits sur le territoire de la collectivité;
- ✚ L'offre de soins est améliorée et étendue dans la communauté rurale.

II. Analyse conceptuelle

Elle s'articulera autour des mots clés : **santé, accessibilité, soins de santé, territoire.**

La **Santé** selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est un «*état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*». Elle englobe ainsi les différentes composantes d'un état de santé et incorpore tous les aspects pouvant être pris en compte dans la détermination d'un état de santé. Ainsi pour parvenir à cet état de bien être, plusieurs leviers peuvent être activés soit par l'Etat soit par la collectivité. C'est ainsi que nous pouvons distinguer : une *santé communautaire* et une *santé publique*. Il y a *santé communautaire* quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. La santé communautaire ne peut donc pas se faire sans les usagers. La santé communautaire implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de la santé. On parlera de *santé publique* lorsque l'Etat dans le cadre de ses missions de service met en place une réglementation et des infrastructures sanitaires afin de prendre en charge sans aucune forme de discrimination l'ensemble des besoins de santé de l'ensemble de la population sur son territoire. Parmi ces deux mesures d'intervention de l'Etat, les structures de santé s'occupent de l'activité de soins qui peut être préventive ou curative. L'objectif de la prévention est d'anticiper sur la survenue d'une maladie, soit en assainissant le cadre, soit en procédant à une éducation pour la santé. Cependant, face à la maladie, on fera recours aux activités curatives qui sont basées essentiellement sur les soins. Les **soins** désignent les attentions nécessaires au bien être de quelqu'un¹². Ils [**soins de santé**] désignent également les traitements médicaux prodigués à un malade. Les soins peuvent être préventives c'est-à-dire des actions destinées à une personne ou un groupe afin de prévenir une maladie. Ils peuvent être aussi curatifs, visant les actions visant à traiter une pathologie chez un malade. Les soins peuvent aussi s'analyser selon l'échelle d'un territoire, ainsi on parlera de soins primaires, secondaires ou tertiaires. Les *Soins de santé primaire*, ils ont été définis par la

¹² Dictionnaire électronique Encarta 2009

Conférence d'Alma-Ata (1978) comme étant *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination* ; ils sont le premier niveau auquel les individus, la famille et la communauté entrent en contact avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et constituent le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire ; *les soins de santé de proximité* : l'objectif de la proximité est de maintenir le plus de services possibles auprès des citoyens ; dans le cadre des services sanitaires, la proximité implique un nombre élevé d'unités de production de soins, donc un niveau d'équipement et un volume d'activité « relativement réduits » pour chaque unité¹³. Cela suppose, une diversification des points d'accès aux soins de santé en tenant bien évidemment compte de la qualité des soins afin de permettre à tous les citoyens de pouvoir recourir à une structure ou un producteur de soins dans un temps raisonnable chaque fois que le besoin se fait sentir. *Les soins de santé secondaires* désignent le traitement des problèmes de santé plus complexes dont la prise en charge consiste en des services curatifs et est fourni par les hôpitaux de district et les centres de santé¹⁴. Cette prise en charge nécessite une certaine technicité et un personnel assez compétents qu'au niveau primaire. Ils ne concernent généralement pas des activités de prévention. Enfin *les soins tertiaires* sont des soins de santé spécialisés fournis par région/institution au niveau central. Ils prennent en compte la planification des compétences managériales et l'enseignement pour le personnel spécialisé et soutient également et complète les actions menées au niveau primaire et secondaire par la référence. Pour bénéficier de ces soins, il est nécessaire que les conditions permettant d'y accéder soient réunies et mises à la disposition des demandeurs de soins. Par condition d'accès aux soins de santé, il faut entendre les mécanismes mis en place pour permettre aux citoyens de pouvoir bénéficier des soins de santé. Ces conditions englobent les infrastructures, les équipements, mais aussi l'aspect financier qui définit la participation financière du citoyen aux frais de santé ou les

¹³ CREDES : Les soins de proximité, une exception française, Juillet 2001, Page 12

¹⁴ <http://healthcaretips.psyphil.com/sante-promotion-de-la-sante-des-soins-de-sante-definitions-conseils> consulté le 12 août 2011

mesures d'accompagnement en cas d'incapacité de participer aux frais (mutuelles communales). L'**accessibilité** est un terme polysémique. Selon Picheral « *c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple distance/temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque* »¹⁵.

Selon l'économiste de la santé Lambert, « *les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes Nations, où persistent des inégalités régionales et des régions de peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées). Des enquêtes d'économie de la santé permettront d'identifier, sur l'espace sanitaire, les principaux déséquilibres entre offre et demande de soins. La progression du taux d'utilisation des services existants (consultation, hospitalisation) accompagne la diminution des barrières d'accès aux soins (fréquence et commodité des transports, prise en charge des dépenses par les assurances)* »¹⁶.

Une analyse de ces acceptions nous indique clairement que l'accessibilité en matière de santé peut être considérée comme la possibilité, la capacité pour une personne d'avoir des soins de santé en cas de besoin. Elle peut être envisagée sous l'angle du temps nécessaire pour atteindre une structure de santé ou la distance à parcourir pour parvenir à un centre mais aussi de la capacité financière pour les citoyens à faire face aux frais aux dépenses de santé. Et enfin on peut parler de

¹⁵ Picheral H., *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. GEOS, Atelier Géographie de la santé ed. 2001, Montpellier: Université Montpellier 3 - Paul Valéry. 307p.

¹⁶ Lambert D.C., *Lexique d'Economie de la Santé* . 1985, Paris: Economica. 129p.

l'accessibilité sociale qui est la possibilité pour une personne, en cas de contact avec une structure de santé, de pouvoir se reconnaître dans la structure et cela en termes de coutume, de pratique alimentaire, culturelle et religieuse. Cette hiérarchie au Sénégal se traduit dans l'espace par une organisation du système de soins en réseau de type pyramidal avec à la base les cases ou postes de santé (primaire), les hôpitaux de première référence (district sanitaire) les hôpitaux de deuxième ou troisième référence (région médicale). Ces structures sont implantées en tenant compte de certains facteurs le plus déterminant est le nombre d'habitants vivant sur l'espace de référence : le territoire. Le **territoire** est un espace construit, organisé, aménagé, modifié au rythme des mutations économiques et sociales ; il est la protection et le support de rapports sociaux diversifiés, générateurs d'inégalités du fait même de la nature hétérogènes des sociétés humaines. Concept très utilisé, le territoire en tant que contenant est indissociable de son contenu de services, autrement dit, un découpage territorial n'a en effet pas de sens en soi, en dehors d'une explicitation des services devant être rendus disponibles sur ce territoire. En d'autres termes, on ne peut pas réfléchir au contenant sans réfléchir simultanément au contenu. En matière de santé cependant, le territoire n'est pas le seul levier, non seulement, il n'est pas une fin en soi, mais on peut organiser l'offre de soins sur un territoire sans faire de la redéfinition des frontières un préalable. Notre territoire d'intérêt est la communauté rurale qui est une des collectivités locales du Sénégal, elle est dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière¹⁷. Elle est constituée par un certain nombre de villages, unis par une solidarité résultant du voisinage. Elle est dirigée par un Conseil Rural, instance de délibération et le Président du Conseil Rural (PCR), organe exécutif de la Communauté Rurale. Le PCR est assisté d'adjoints choisis au sein du conseil rural et d'un secrétaire communautaire. Dans le cadre des missions d'attribution générale des collectivités locales, elle a pour mission la conception, la programmation et la mise en œuvre des actions de développement économique, éducatif, social et culturel d'intérêt régional, communal ou rural¹⁸. Aussi pour l'atteinte de ses objectifs de bien être social et économique, elle a des missions spécifiques, déterminées par le texte de transfert de compétence.¹⁹

¹⁷ Article 1^{er} de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités du Sénégal

¹⁸ Article 3 de la loi 96-06 du 22 mars 1996

¹⁹ Loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences dans neuf domaines aux collectivités locales.

Dans le domaine de la santé, elle est compétente pour cadre de transfert de compétence pour la construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé, des maternités et cases de santé ruraux²⁰.

III. Méthodologie

Elle décrit de manière détaillée le cadre de l'étude (communauté rurale de Yène) dans son environnement géographique, son peuplement et cadre socio économique mais aussi la collecte des informations relatives à l'étude.

a. Cadre d'étude

Les éléments relatifs à la géographie, à la population et aux activités économiques seront étudiés.

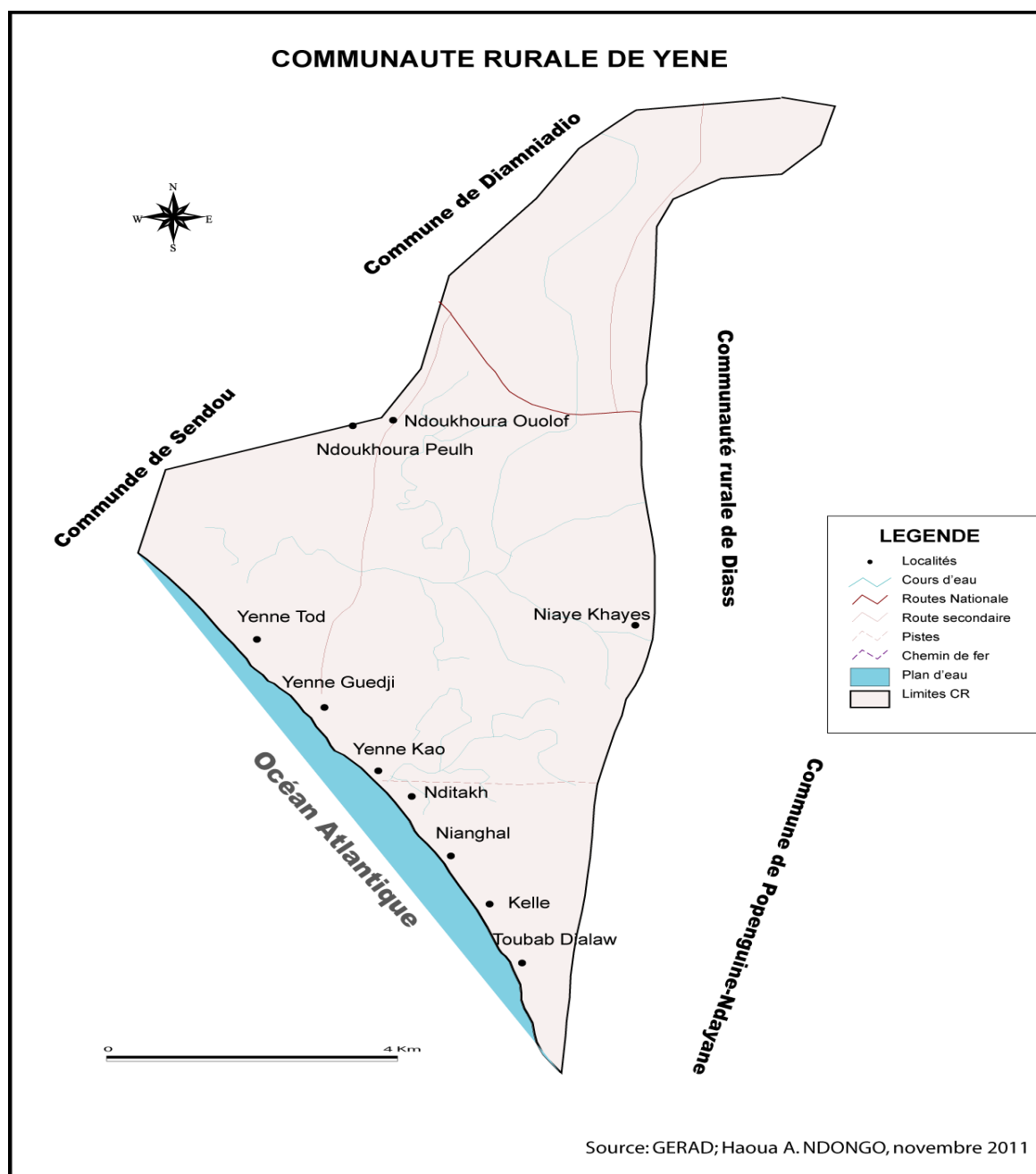
i. Cadre spatiale

Communauté Rurale d'une superficie de 70 km², elle est constituée de dix (10) villages²¹ (Toubab Dialao, Kelle, Nianghal Nditakh, Yène Kao, Yène Guedj, Yène Todd, Ndoukhoura Ouolof, Ndoukoura Peulh Niayes khaye) dont sept (7) situés le long de la côte et deux (2) en terre pleine, la communauté rurale de Yène est située à 45 Km de Dakar et 15 Km de Rufisque (chef-lieu de département). Elle est limitée à l'Est par la communauté rurale de Diass, à l'Ouest par l'océan Atlantique, au Nord par la commune de Diamniadio, au Nord-ouest par la commune de Sendou, au sud par commune de Popenguine-Ndayane.

²⁰ Article 33 de la loi de transfert de compétences aux collectivités locales

²¹ Direction de l'Aménagement du territoire, juillet 2005.

Carte 1 : Carte administrative de la communauté Rurale



ii. Cadre démographique

La population de la communauté rurale de Yène enregistre une progression constante depuis une vingtaine d'année. Ce rythme de progression s'est accentué depuis 2000, ce qui est confirmé par les résultats des deux derniers recensements, mais aussi par le recensement administratif du conseil rural :

- 1988 : **9 620** habitants
- 2002 : **17 992** habitants
- 2010 : **24 807** habitants

L'évolution de la densité de peuplement entre ces trois dates confirme le dynamisme démographique de la CR de Yène : la densité est passée de 137 habitants/km² en 1988, à 257 habitants/km² en 2002, pour atteindre 354 habitants/km² en 2010.

Tableau 1 : Evolution de la population de la CR

Villages ²²	Population			Taux d'accroissement en %	
	1988	2002	2010	1988-2002	2002-2010
Yenne Guedji	2122	4489	5 210	5,5	0,1
Yène Kao	1275	2773	3 813	5,7	2,3
Toubab Dialao	956	2229	2 915	6,2	1,6
Yène Todd	858	1364	2 034	3,4	3,3
Kelle	320	753	1 722	6,3	9,0
Nditakh	776	1478	2 260	4,7	3,6
Ndoukoura Peulh ²³	394	-	248	-	-
Ndoukoura Wolof	109	195	171	4,2	-3,3
Nianghal	2632	4711	6 054	4,2	1,4
Niayes Khayes	178	-	380	-	-
TOTAUX	9620	17992	24807	4,6	2,3

Source : DPS, RGPH 1988 ; DPS, RGPH 2002 ; Recensement Conseil rural de Yène pour 2010.

Globalement, l'analyse de la répartition de la population dans l'espace de la CR laisse apparaître trois zones distinctes :

- les villages ayant un important effectif démographique : Nianghal, Yene Guedji, Yène Kao et dans une moindre mesure Toubab Dialao ;
- les villages ayant un niveau de peuplement moyen : Nditakh, Yène Todd et Kelle ;
- les villages ayant les plus faibles effectifs démographiques : Niayes Khayes, Ndoukoura Peulh et Ndoukoura Wolof.

Une analyse de ce peuplement comme sus indiqué montre qu'il est constitué de consommateurs de soins.

²² Pour Niayes Khayes, les données de 2002 ne sont pas disponibles et pour Ndoukoura, tantôt on le désigne comme un seul village, tantôt comme deux villages différents à savoir Ndoukoura Peul et Ndoukoura Ouolof

²³ Le découpage administratif divise le village de Ndoukoura Peulh en deux (2) : la partie Est appartient à la CR de Yène et la partie Ouest à la commune de Diamniadio.

Tableau 2 : Effectifs par tranche d'âge de la communauté rurale de Yène.

TRANCHE D'AGE	EFFECTIFS			
	16 à 60 ans	moins de 16 ans	60 ans	Totaux
Yenne Guedji	2 663	2 225	322	5 210
Yène Kao	1 960	1 684	169	3 813
Toubab Dialaw	1 508	1 251	156	2 915
Yène Todd	1 128	820	86	2 034
Kelle	858	800	64	1 722
Nditakh	1 147	983	130	2 260
Ndoukoura Peulh	118	110	20	248
Ndoukoura Wolof	101	63	7	171
Nianghal	2 968	2 868	218	6 054
Niayes Khayes	151	219	10	380
TOTAUX	12 602	11 023	1 182	24 807

Source : Enquête administrative de 2009 du Conseil rural de Yène

iii. Cadre socio-économique

La pêche est l'activité dominante dans la communauté rurale ; sept (7) villages parmi les plus peuplés s'adonnent à 90% à la pêche artisanale traditionnelle.

Le cheptel est important, même s'il connaît une certaine régression depuis quelques années.

L'agriculture est pratiquée dans la zone dite continentale. Elle constitue une des activités principales des villages de Ndoukhoura et de Niaye Khaye. La communauté rurale de Yène est une des spécialistes de la production d'agrumes dans la région.

Le commerce constitue l'une des activités économiques de la CR après la pêche, l'agriculture et l'élevage.

La communauté rurale de Yenne regorge d'importantes potentialités touristiques. La longue côte bordée de collines est devenue une convoitise pour les touristes.

b. Collecte des informations

Elle décrit les différentes phases ou processus ayant abouti à l'obtention des informations nécessaires pour pouvoir bien mener ce travail.

i. Revue documentaire

Elle consista à la lecture de la littérature relative à notre thème d'étude. A ce niveau, il faut signaler que la majeure partie de la documentation est constituée par les anciens mémoires et des articles numérisés. La plupart des livres sur la décentralisation ne s'intéressant pas trop au volet santé au niveau des collectivités locales. Ainsi, la documentation du Master ATDDL, ETPS, la bibliothèque universitaire ont servi de cadre pour l'exploitation des quelques documents traitant du thème.

ii. Enquête de terrain

L'enquête de terrain n'a pas été consacrée typiquement à notre thème d'étude. Elle a été faite dans le cadre de l'élaboration du document de prospective pour la communauté rurale de Yène. Elle a été faite en collaboration avec les autres étudiants du Master et s'est déroulée en trois phases.

- ✓ **Première phase** : Sous la direction du Professeur Amadou DIOP, elle nous a permis de pouvoir définir les variables clés de la prospective dont la variable accès aux services sociaux de base qui englobe notre thème d'étude.

- ✓ **Deuxième phase** : Elle a eu lieu sous la direction des Professeurs Christophe Evrard et Amadou DIOP. Elle avait pour but l'enquête quantitative ou enquête ménage. Réalisée à l'aide de questionnaires administrés auprès des ménages, elle nous a permis d'obtenir les points de vue de la population relativement aux différentes variables dont l'accès aux services sociaux de base.

- ✓ **Troisième phase** : Cette phase réalisée par un groupe restreint d'étudiants avait pour objectif de compléter l'enquête ménage effectuée auparavant par les informations qualitatives à recueillir auprès des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des variables déterminées mais aussi de collecter certaines données statistiques. La difficulté majeure à cette phase a été la grève du personnel de santé qui pratiquement depuis juin 2010 a décidé de procéder à la rétention d'information.

iii. Traitement des données

Le traitement des données recueillies au cours de l'enquête ménage a été fait par le logiciel Sphinx, dont un cours d'initiation avait eu lieu avant notre départ sur le terrain. Ensuite les données qualitatives ont été analysées en utilisant soit le logiciel Excel pour la présentation graphique mais aussi la méthode de triangulation afin de pouvoir vérifier certaines informations.

**PREMIERE PARTIE : LA GOUVERNANCE SANITAIRE
AU SENEGAL**

PREMIERE PARTIE : La gouvernance sanitaire au Sénégal

La notion de *gouvernance* a émergé dans tout un ensemble de discours à partir des années 80 pour désigner des mécanismes, des processus et des instruments d'action permettant de créer une capacité d'action collective en opposition aux gouvernants centraux. Il décrit un nouveau mode de coordination et de gestion au sein des organisations. Transposée dans le secteur sanitaire, elle désigne le processus par lequel les acteurs clés intéressés par la santé de la population doivent participer à l'organisation de l'offre de santé, ceux-ci englobent, l'Etat et les collectivités dans un contexte de décentralisation. Ainsi, nous analyserons dans cette première partie, l'administration sanitaire au Sénégal et les structures d'offres publics d'offres de soins, qui sont complétés bien évidemment par les structures privées (à but lucratif ou non lucratif à mais aussi par les tradithérapeutes.

Schéma 1: Cadre décisionnel et offre de soins au Sénégal

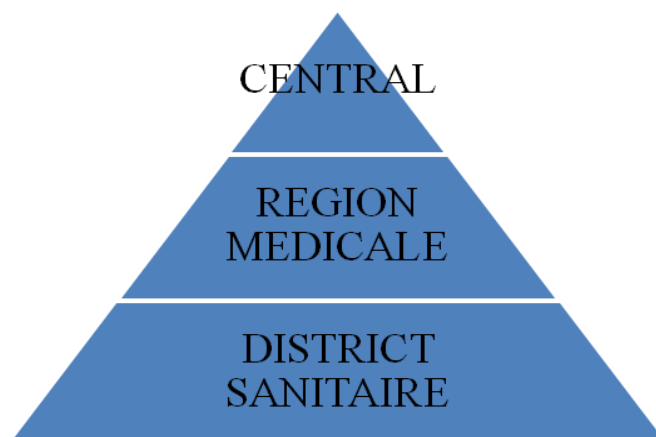


Source : Service National de l'Information Sanitaires (SNIS 2009)

Chapitre I : L'organisation sanitaire au Sénégal

Le système de santé du Sénégal se présente sous forme pyramidale à trois niveaux: l'échelon périphérique (district), l'échelon intermédiaire (région médicale) et central (ministère de la santé). Le district est considéré comme l'aire géographique opérationnelle dans le scénario de développement sanitaire et social au Sénégal.

Schéma 2: Organisation sanitaire du Sénégal



Source : Ministre de la Santé Publique

1.1. Le district sanitaire

C'est le niveau périphérique. Le district sanitaire (DS) est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département entier ou une partie de département. Chaque district ou zone opérationnelle est gérée par un médecin-chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes, les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers ; ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales). Le Sénégal compte 75 districts sanitaires polarisant 78 Centres de Santé (y compris les Centres de Référence) 1173 postes de santé, 76 dispensaires privés catholiques 1603 cases de santé²⁴.

²⁴ Ministère de la Santé, Statistique de la santé 2010, page 22

1.2. La région médicale

Différente, de la région collectivité territoriale, correspondant en général à la région administrative, elle est une structure déconcentrée à compétence transversale. Elle couvre plusieurs districts sanitaires et a pour mission de contrôler les structures sanitaires publiques et privées, d'assurer la formation continue des personnels de santé de la région, d'assurer le traitement statistique des données sanitaires de la région, d'assurer la surveillance des endémies locales et également d'assurer l'appui et la formation des activités des districts sanitaires. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de service rattachés à la région médicale. La structure de dialogue du niveau régional est le fonds spécial régional pour la promotion de la santé. Le Sénégal compte de nos jours 14 régions médicales.

1.3. Le niveau central ou national

Il comprend outre le cabinet du ministre, les directions et services rattachés, les Hôpitaux nationaux ou établissements publics de santé de niveau 3. Il est chargé de la planification. L'Etat dans le cadre de sa mission de service public de santé, élabore et met en œuvre un certain nombre de documents de planification qui servent de cadre de référence aux investissements. On peut citer le plan national de développement sanitaire (PNDS) accompagné de plans régionaux de développement sanitaires (PRDS) et de plan départementaux de développement sanitaire (PDDS). On peut aussi citer le programme intégré de développement du secteur de la santé (PIDSS).

A cela, il faut ajouter l'intervention des collectivités territoriales qui dans le cadre de la décentralisation ont bénéficié de compétences transférées dans le domaine de la santé. Ainsi chaque niveau de collectivité a un rôle à jouer dans l'offre de soins dans sur son territoire.²⁵ L'objectif principal de cette organisation est d'offrir des soins de santé de qualité. Cette offre est faite par l'intervention des structures de santé.

²⁵ Article 31 et suivant du décret N°96-07 du 22 mars 1996.

Chapitre II : Les structures d'offres de soins publics

L'offre de santé au Sénégal comme l'organisation sanitaire est hiérarchisée. Cependant, il existe une complémentarité entre les structures, régie par le système de référence. La porte d'entrée au système de santé est la structure périphérique (case ou poste de santé) et la dernière référence est l'établissement de santé de niveau 2 ou 3 couramment appelé hôpital.

La case de santé est la plus entité de soins. Elle est en général dirigée par un agent communautaire de santé capable de faire les gestes de premiers secours, les pansements et les injections.

Tableau 3 : Les principales infrastructures au Sénégal

Région	Hôpital	CS	Poste de santé	Dispensaires privés catholiques	Cases de santé
Dakar	12	21	164	12	26
Diourbel	2	6	111	4	69
Fatick	1*	7	89	9	131
Kafrine	1	4	51	3	102
Kaolack	1	4	90	5	228
Kédougou	1	3	28	2	56
Kolda	1	3	69	2	160
Louga	2	8	76	1	270
Matam	1	4	75	0	27
Saint Louis	3	5	107	2	155
Sédhiou	1	3	43	2	54
Tambacouda	1	7	86	4	102
Thiès	5	9	152	18	259
Ziguinchor	2*	5	99	12	83
TOTAL	34	89	1240	76	1722

Source : SNIS 2009

** L'hôpital de Fatick est non fonctionnel tout comme le second de Ziguinchor*

2.1. Les postes de santé

Les postes de santé sont implantés dans les communes, les chefs lieux de communautés rurales ou les villages relativement peuplés. Ils s'appuient au niveau rural sur les infrastructures communautaires de villages (cases de santé et maternités rurales) créées par les populations qui en assurent la gestion par l'intermédiaire des agents de santé communautaires ou des matrones qui ont été choisies. Il convient de rappeler que les postes de santé font l'objet d'une classification selon leurs localisations : poste de santé urbain et rural. Ainsi selon l'annuaire statistique 2010 du Service National d'Information Sanitaire (SNIS)²⁶, la couverture démographique d'un poste de santé est de 10 094 habitants.

2.2. Les Centres de santé

Au niveau centre de santé, les soins de santé de base y compris la maternité et les soins dentaires sont disponibles. Il est le lieu privilégié des activités préventives et promotionnelles. Dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle, des initiatives ont été prises pour rendre disponible la césarienne au niveau périphérique, il dispose à cet effet de bloc opératoire.

Quant au centre de santé de référence (CSR), il constitue le lieu de référence des malades reçus dans les postes de santé et des centres de santé. Le système de référence/contre référence suppose l'existence de procédures claires, partagées, validées et approuvées qui décrivent les conditions dans lesquelles tout malade qui entre en contact avec le système de santé gravite les échelons selon le cas. Il est le niveau intermédiaire entre le poste de santé et l'hôpital. Certains de ces centres de santé ont été transformés en hôpital de 1^{ère} référence. La couverture démographique d'un centre de santé est de 140 637 habitants²⁷.

2.3. Les hôpitaux

Les hôpitaux constituent le dernier recours en matière d'offre de soins. Les activités de soins qui y sont réalisées sont des soins spécialisés (spécialités chirurgicales et médicales). Les hôpitaux de niveau 3 sont tous implantés à Dakar. Les activités de médecine générale, la chirurgie générale et la césarienne sont disponibles au niveau

²⁶ Ministère de la santé, SNIS, Annuaire statistique 2010, page 34

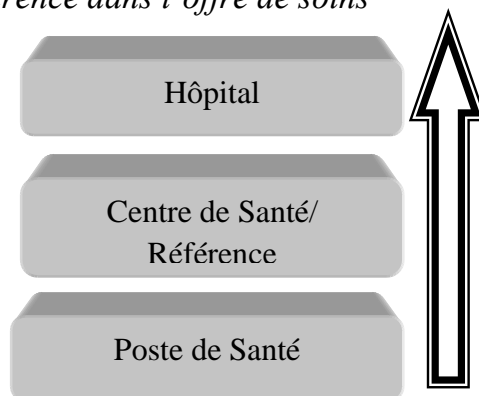
²⁷ Annuaire op cit page 34

des hôpitaux de niveau 2 (Hôpital régional). Aussi on peut y trouver une ou plusieurs spécialités (pédiatrie, ophtalmologie). Ce secteur a été réorganisé à la suite de la réforme hospitalière de 1998 qui conféra à l'hôpital une personnalité juridique et une autonomie financière. Selon le rapport de statistiques économiques et sociales de 2009, la couverture hospitalière du Sénégal est actuellement un (01) hôpital pour 368 131 habitants. Ces structures accueillent les malades référés par les centres de santé de référence et les hôpitaux de niveau 3 accueillent ceux référés par le niveau 2.

A côté de l'offre publique de soins de santé, les structures privées constitués d'hôpitaux, de cliniques, de cabinet de soins sont aussi autorisées à participer à l'offre de soins dans le cadre des activités de santé publique. Ces structures privées sont en général fréquentées par une franche de la population disposant d'une certaine capacité de financement car les soins qui y sont prodigués sont relativement plus chers que ceux du secteur public.

Le système de soins (public ou privé) est basé sur la complémentarité des structures, c'est-à-dire que les structures de niveau inférieur doivent toujours orienter le malade en cas de dépassement de leur compétence vers une structure de niveau technique supérieur

Schéma 3: Système de référence dans l'offre de soins



L'offre de soins dans la communauté rurale de Yène s'inscrit dans cette logique.

**DEUXIEME PARTIE : L'OFFRE DE SOINS DANS LA
COMMUNAUTE RURALE DE YENE**

DEUXIEME PARTIE : L'offre de soins dans la Communauté Rurale de Yène

Il s'agira ici de faire une description du mécanisme local de réponse à la demande de soins. Ce descriptif prendra en compte le cadre institutionnel qui s'occupe de l'offre de soins au niveau de la collectivité mais aussi la localisation des structures de soins et enfin les différentes activités menées par les structures de soins afin de répondre aux besoins de santé des populations de la communauté rurale.

Chapitre I : Le cadre institutionnel de l'offre de soins dans la CR

Dans ce chapitre, nous analysons successivement les compétences de la communauté rurale en matière de santé, selon le texte de transfert de compétences et les normes de la carte sanitaires et ensuite les dispositions concrètes prises au sein du Conseil rural dans le domaine de la santé.

1.3. Les compétences de la communauté rurale en matière de santé

Pour mieux cerner les compétences de la communauté rurale en matière de santé, référence sera faite aux compétences qui lui ont été transférées et aussi les infrastructures et équipements qu'elle est susceptible de mettre en place selon la carte sanitaire.

Selon l'article 33 de la loi 96-07 du 22 mars 1996, la communauté rurale est compétente dans le domaine de la santé-population et de l'action sociale. Dans le domaine de la santé, la construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé, des maternités et cases de santé ruraux relèvent de sa compétence.

Une analyse de cet article nous permet de dire que la CR qui reçoit en contrepartie de ce transfert, des subventions de l'Etat comme le Fonds de Dotation de la Décentralisation (FDD) et Fonds d'Equipement aux collectivités locales (FECL) doit dans le cadre de la planification de ces investissements prévoir la réalisation, l'équipement et le fonctionnement des structures de santé sur son territoire. Ainsi, il revient à la collectivité de satisfaire tous les besoins de santé qui peuvent être de son ressort selon la carte sanitaire.

Document descriptif et de normalisation, la carte sanitaire est élaboré et mise à jour tous les cinq (05) ans²⁸. La dernière mise à jour (celle de 2008) édicte des normes basées sur la population pour réaliser une structure de santé, autrement dit, c'est le nombre d'habitants sur un territoire qui détermine quel type d'infrastructure de santé doit y être érigé. Ainsi pour une population de 5000 habitants en milieu rural, il doit être érigé un poste de santé²⁹. En plus de cela, les cases de santé bien que ne faisant pas partie de la pyramide sanitaire, peuvent être érigées dans les villages pour les soins élémentaires (injection, pansement).

1.4. Le mécanisme institutionnel local de l'offre de soins

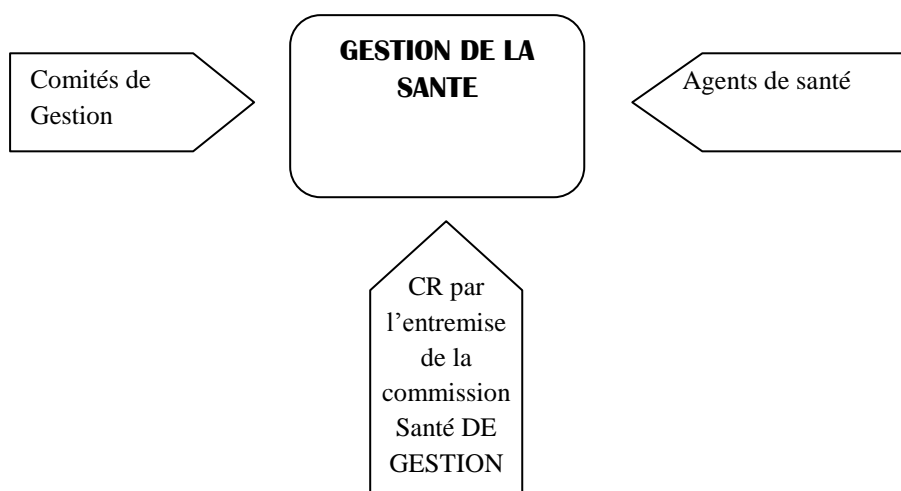
Dans le domaine de la santé « l'initiative de Bamako » mise en œuvre à partir des années 90 constitue aujourd'hui l'approche majeure en termes de gestion des infrastructures. Cette initiative a développé l'idée de confier la gestion des structures de santé à la population locale pour qu'elle prenne en charge sa santé depuis l'identification des besoins jusqu'à l'évaluation des programmes de santé. Partout où un Poste ou Case de santé est implanté, les populations bénéficiaires s'organisent pour mettre en place un Comité de Santé avec des statuts et un règlement intérieur sous la supervision de l'autorité administrative représentant de l'Etat. Des représentants des Organisations Communautaires de Base forment l'assemblée générale d'un Comité de Santé chargée d'élire un bureau exécutif. En étroite collaboration avec les autres acteurs impliqués, notamment l'infirmier chef de poste, le bureau se charge du fonctionnement, de l'entretien et de la maintenance du Poste/de la Case de Santé et gère le budget en respectant les normes de la transparence et de l'obligation de rendre compte. A côté de la responsabilité et la participation de la population locale, la santé étant un des domaines dans lesquels des transferts de compétences ont été opérés aux collectivités locales, le Conseil Rural a une responsabilité de planification, de financement et de supervision des activités des structures de la santé. Au sein du Conseil Rural de la Communauté Rurale de Yène, il existe une commission santé chargée de l'ensemble des questions de santé de la collectivité. Cette commission en principe doit avoir comme interlocuteurs les comités de gestion qui se trouvent dans les structures de santé

²⁸ La carte sanitaire est un inventaire de l'offre de soins avec une représentation cartographique, aussi elle peut être considérée comme un outil de planification en vue de la rationalisation de l'offre de soins et d'assurer la couverture de la population par les besoins de santé de base

²⁹ Carte sanitaire de 2008, page 4

(poste et case) mais aussi les acteurs de la santé (infirmiers et sages-femmes) Aussi, constatons-nous l'intervention du conseil rural à travers la programmation budgétaire des activités de santé mais aussi les appuis aux différentes structures en équipements, médicaments. Cet appui est annuel et ponctuel, annuel car reposant sur le budget mais aussi ponctuel avec l'intervention de certains partenaires du CR. A cela nous pouvons ajouter les consultations gratuites et autres activités organisées par le CR dans le cadre de l'amélioration de la santé des populations.

Schéma 4 : Mécanisme institutionnel de l'offre de soins dans la CR de Yèné



Chacun des acteurs ci-dessus, à leur niveau, apporte un concours précieux dans l'offre de soins et ils se doivent de coopérer pour une meilleure offre.

Chapitre II : La géographie d'implantation de l'offre de soins

Il s'agit de faire une description de la localisation de l'offre de soins dans la communauté rurale. Cette offre sera présentée dans ses deux grandes composantes à savoir les infrastructures et le personnel. Il sera difficile de faire une localisation des équipements car les deux grandes structures ne présentent pas une spécificité en termes d'équipement médical. Elles comportent toute l'essentiel du matériel nécessaire pour le fonctionnement d'un poste de santé à savoir : les tables (consultation, accouchement) le petit matériel médico-chirurgical, une chaîne de froid, les stérilisateurs etc...)

2.1. Infrastructures

Les infrastructures de santé dans la communauté rurale sont constituées par les postes, cases de santé, et de maternité.

Tableau 4. : Les Infrastructures sanitaires de la communauté rurale de Yène

Villages	Poste de santé	Case de santé	Maternité
Kelle		1	
Nditakh		1	
Ndoukoura Peulh		1	
Ndoukoura Wolof			
Nianghal	1		
Niayes Khayes		1	
Toubab Dialaw			1
Yène Kao			
Yène Todd		1	
Yenne Guedj	1		
Total	2	5	1

Source : Poste de santé de Yène Guej et Nianghal

L'offre de soins s'organise autour de deux (02) postes de santé qui coordonnent chacun l'activité de cases de santé relevant de sa zone polarisation.

- **Poste de Santé de Yène Guedj** qui coordonne les cases de santé de : Yène Todd, Niaye Khayes, N'Doukoura Peulh.
- **Poste de santé de Nianghal** qui coordonne les activités des cases de santé de Nditack, Kelle et la maternité de Toubab Dialaw
-

2.2. Personnel de soins

Le personnel de soin de la CR de Yène est composé de personnel paramédical et de personnel de soutien.

Le personnel paramédical est constitué par les deux (02) Infirmiers d'Etat dont un pour chaque poste de santé et des deux (02) Sages-femmes réparties également entre les deux postes de santé.

Quant aux personnel de soutien, il est constitué par six agents de santé communautaire (ASC), deux (02) pour le poste de santé de Nianghal, un (01) à la case de santé de Toubab Dialaw et deux (02) pour le poste de santé de Yène Guedj et un (01) à Yène Todd; à ceux-ci s'ajoutent les matrones (deux (02) pour le poste de santé de Nianghal, Sept (07) pour le poste de Yène Guedj et les cases de santé de son ressort). Les relais communautaires apportent également un appui surtout dans la médecine préventive (sensibilisation, causeries), leur nombre est estimé à une cinquantaine pour toute la communauté dont quarante pour le poste de santé de Nianghal et dix pour Yène Guedj. Les deux dépôts de médicaments (un pour chaque poste) ont un gérant.

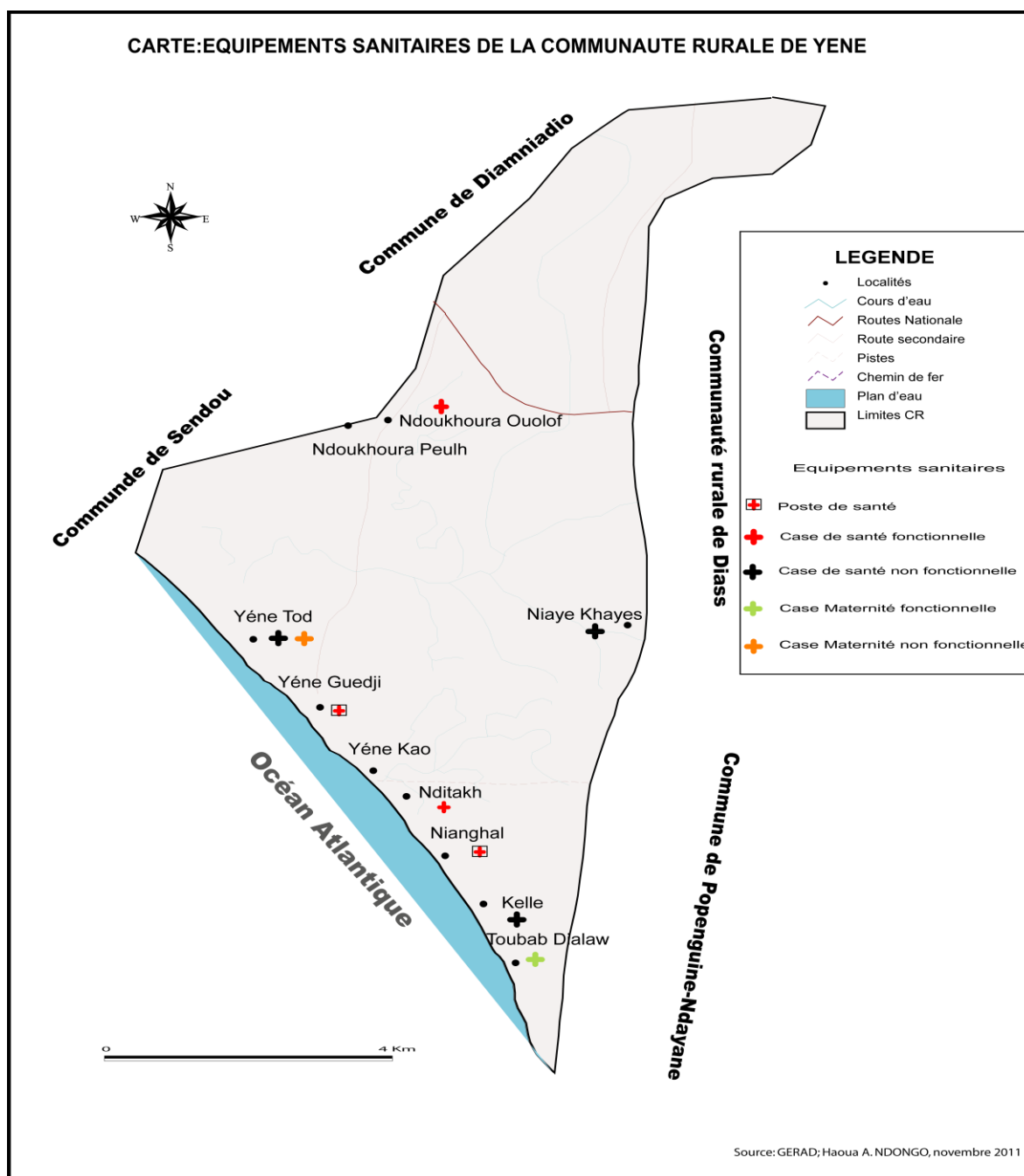
Tableau 5 : Le personnel de santé de la communauté rurale de Yène

Personnel	Personnel des structures de santé					
	IDE	SF	ASC	Matrones	RC	GDC
Villages						
Yenne Guedji	1	1	2	7	10	1
Yéne Kao			1			
Toubab Dialaw			1			
Yéne Todd						
Kelle						
Nditakh			1			
Ndoukoura Peulh						
Ndoukoura Wolof						
Nianghal	1	1	2	2	40	1
Niayes Khayes			1			
TOTAL	2	2	8	9	50	2

Source : Postes de santé de Nianghal et Yène Guedji, octobre 2011

Chacune des catégories de personnel à son niveau s'attèle pour fournir à la population de la CR, des soins de santé de qualité et cela à travers des activités qu'elle mène au sein des structures.

Carte 2: Localisation des équipements collectifs de la CR de Yène



Chapitre III : Les activités de soins dans les structures

Les activités de soins effectuées au sein des structures de la CR de Yène se divisent en deux, il s'agit des activités curatives et préventives.

3.3. Les activités curatives

Elles concernent généralement, les consultations curatives primaires (CPC), la prise en charge des maladies fréquentes (paludisme, diarrhéiques, maladies respiratoires : toux rhume, les dermatoses), des maladies chroniques (tuberculose), accouchement mais aussi de petites chirurgies.

3.4. Les activités préventives

Les activités préventives occupent une place importante dans le cadre de l'amélioration de la couverture sanitaire de la communauté rurale de Yène. Elles concernent les consultations prénatales, les vaccinations post natales et quotidiennes, la surveillance nutritionnelle, la sensibilisation (avec l'appui des ASC), les visites à domicile, les causeries débats.

Concernant la surveillance nutritionnelle, il faut signaler qu'elle se fait par la prise en charge nutritionnelle des enfants malnutris dans les villages de polarisation du PS. C'est ainsi que le poste sert de lieu de restauration de ces enfants pour une durée de 21 jours au total. Durant cette période, l'ensemble des mets qui sont riches en éléments nutritifs pour la croissance des enfants leur sont offerts. Dans cette optique et pour mieux mener cette mission que le poste de Nianghal a été doté d'un centre nutritionnel. Ce centre fonctionnel réalise des activités sous la supervision bien évidemment de l'Infirmier Chef de Poste (IPC) mais aussi de la sage-femme.



**TROISIEME PARTIE : FONCTIONNALITE ET ACCES
AUX STRUCTURES DE SANTE DANS LA
COMMUNAUTE RURALE DE YENE**

TROISIEME PARTIE : Fonctionnalité et accès aux structures de soins dans la CR de Yene

Il s'agit à ce niveau de faire dans un premier temps, un descriptif du fonctionnement des différentes structures d'offres de soins dans la communauté rurale mais aussi de procéder à une analyse de cette offre en terme de satisfaction des besoins de santé des populations. Autrement dit, de voir de près si cette offre de soins répond à la demande de soins du point de vue couverture globale mais aussi en termes de qualité de soins.

Chapitre I : Etat des lieux

Cet état des lieux, loin d'être une répétition de la localisation des structures est une présentation des structures effectivement fonctionnelles sur l'ensemble des structures existantes dans la communauté rurale.

1.4. Fonctionnalité des structures de santé

La communauté rurale de Yène comporte un nombre significatif de structures de santé relativement à son territoire. Cependant, il est indéniable que toutes ces structures ne sont pas fonctionnelles. Cette non fonctionnalité concerne surtout les cases de santé et elle est dû en général à un manque de personnel pouvant assurer le fonctionnement permanent de la structure. Cependant, les structures existantes bien que n'étant pas fonctionnelles sont équipées. Quant aux deux postes de santé (Nianghal et Yène Guedj), ils sont tous fonctionnels et assurent au mieux la prise en charge des malades qu'ils reçoivent.

Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble des structures de santé et de leur fonctionnalité.

Tableau 6: Situation des structures fonctionnelles dans la CR de Yène

Villages	Equipements sanitaires		
	Poste de santé	Case de santé	Case de Maternité
Kelle	-	1 (NF)	-
Nditakh	-	1	-
Ndoukoura Ouolof	-	1	-
Nianghal	1	-	-
Toubab Dialao	-	-	1
Yène Guedj	1	-	-
Yène Kao	-	-	-
Yène Tod	-	1(NF)	1(NF)
Ndoukoura Peul	-	-	-
Niayes Khayes	-	1 (NF)	-

Source : Postes de santé de Nianghal et Yène Guedj, septembre 2011

Dans ce descriptif de la fonctionnalité, il faut prendre aussi en compte, la disponibilité du personnel de santé. Comme souligné plus haut, la communauté rurale de Yène pour une population estimée en 2010 à 24 807 habitants³⁰ ne dispose que de quatre paramédicaux dont deux infirmiers et deux sages-femmes. La fonctionnalité peut s'analyser aussi d'un point de vue des équipements. Les structures de santé fonctionnelles notamment les postes de santé disposent des équipements de base nécessaire pour un poste de santé et répondent aux normes fixées par la carte sanitaire. En sus, une ambulance (propriété) de la CR effectue les évacuations sanitaires vers l'hôpital Elizabeth DIOUF de Diamniadio (district médical) mais aussi vers Dakar pour les cas les plus compliqués.

1.5. Polarisation des structures de santé

Les deux postes de santé ont chacun leur zone de polarisation, c'est-à-dire les villages qui entrent dans leurs dessertes. Cependant, il est intéressant de signaler que cette polarisation est théorique car les malades pour une raison ou une autre se soucie peu de ce découpage et se dirigent vers la structure de santé qui semble mieux répondre à leurs attentes en termes d'offre de soins.

³⁰ Source recensement administratif de la population commandité en 2010 par le Conseil rural

Tableau 7 : Polarisation des postes de santé

Poste de santé	Villages polarisés
Yène Guedj	Yène Guedj, Yène Kao, N'Doukoura Peul, N'Doukoura Wolof, Niayes Khayes, Yène Todd
Nianghal	Nditakh, Nianghal, Kelle et Toubab Dialaw.

Source : Interview avec les ICP, Septembre 2011

Chaque poste de santé dans sa zone de polarisation a sa population cible, c'est-à-dire le nombre de personnes visées par une activité médicale bien déterminée que celle-ci soit préventive ou curative.

Tableau 8 : Cible des activités des postes de santé de Yène en 2011

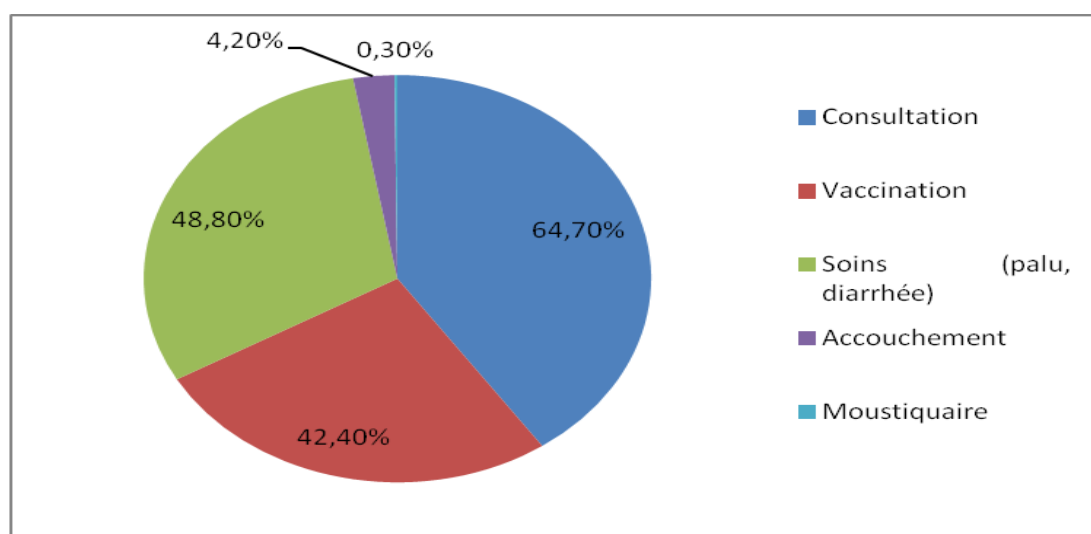
Structures de santé	Postes de santé de Yène Guedj	Poste de santé de Nianghal
Activités/Cible totale	9 250 habitants	12 906
Consultation primaire curative	4 625	6 453
Consultation prénatale	361	504
Programme élargi de vaccination	361	504
Journée nationale de vaccination	1 758	2067
Nutrition	300	240
Planification familiale	2 128	300
Suivi tuberculose	14	12
Accouchement	540	300

Source : Programmation des postes de santé en 2011

1.6. Les raisons récurrentes de la consultation

Comme presque dans toutes les zones rurales, les raisons récurrentes des consultations au niveau des postes de santé de la CR de la Yène, sont surtout le paludisme, les maladies diarrhéiques, les dermatoses, quelques rares cas d'hypertension artérielles mais aussi les cas de noyades eu égard la présence de plage dans la plupart des villages. A celles-ci nous pouvons ajouter les consultations pré et postnatales.

Graphique 1 : Les causes de fréquentation des structures de santé



Source : Enquête ménages, juillet 2011

Les raisons les plus récurrentes de la fréquentation des structures évoquées par les ménages sont les consultations (CPC, consultations pré et postnatales) qui constituent 40% des causes suivies par les soins avec 30% des causes de fréquentation. La raison la plus faible est l'acquisition des moustiquaires imprégnées ; cela s'explique par le fait que les moustiquaires imprégnées sont en général octroyés aux femmes enceintes qui ne représentent une faible cible dans les soins de santé.

Chapitre II : Analyse de l'accès aux soins

Dans ce chapitre, il s'agira de faire une corrélation entre l'offre actuelle des soins de santé dans la communauté, et les besoins de santé de la population. Ce qui nous amènera d'abord à nous appesantir sur la gouvernance sanitaire locale avant de parler de l'offre physique.

2.1. La gouvernance sanitaire locale

La gouvernance sanitaire locale peut être considérée comme un processus de négociation entre plusieurs acteurs à l'échelle locale engagés dans la conduite des politiques dans un but d'amélioration continue de la performance de l'offre de soins locale mais aussi de pouvoir offrir à ces acteurs les informations utiles et nécessaires aux prises de décisions.

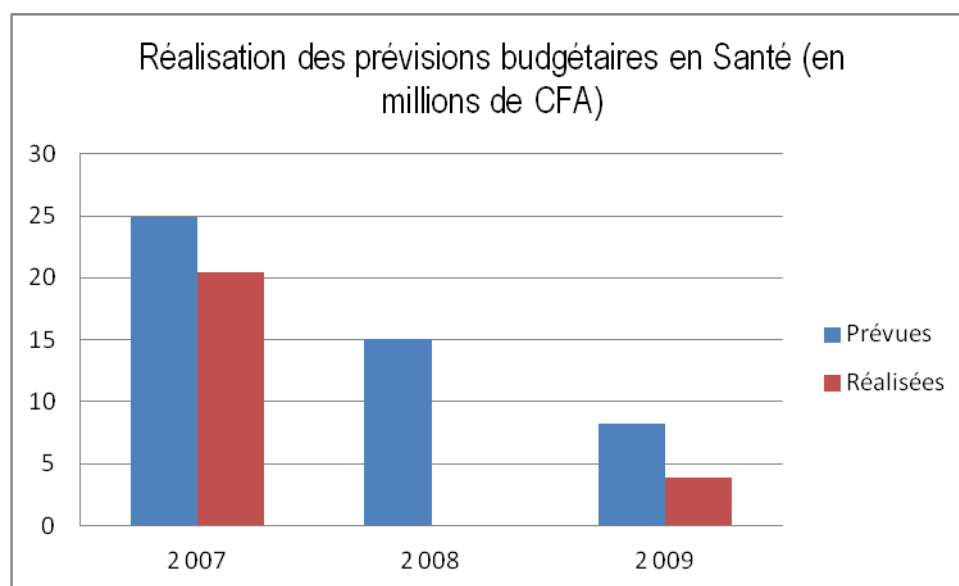
Elle s'appuie donc sur un système de gestion (ensemble de règles qui définissent les modalités de distribution des responsabilités et du pouvoir), un système d'information, (ensemble de données et leur système d'exploitation pour que le système soit intelligible et transparent à tout moment et pour tous les acteurs), un système de financement (il s'agit de l'ensemble des incitations mises en place par les modalités de financement plus mécanisme d'allocation du budget, plus dispositif de paiement des acteurs)³¹.

Analysée à l'image de cet exposé, la communauté rurale de Yène est dans la mouvance de la gouvernance sanitaire ; cependant, elle ne répond pas aux critères pouvant nous permettre de nous prononcer sur l'existence d'une bonne gouvernance sanitaire afin de rendre le système local de santé plus performant pour lui permettre de mieux répondre aux attentes des populations. Malgré la mise en place au sein du conseil d'une commission santé et d'un comité de gestion dans toutes les structures de santé (même celle non fonctionnelle) la participation de tout les acteurs au processus (premier critère d'appréciation de la gouvernance) n'est pas effective à Yène. Les acteurs de la santé rencontrés disent ne pas se sentir concernés par les décisions du CR dans la gestion des questions de santé. Ce constat se fait sentir dans la prise en compte des besoins de santé dans le budget , le choix des médicaments à fournir aux structures, l'organisation d'activités de promotion de santé dans la communauté et la non prise en compte de leurs aspirations dans le choix des investissements dans le domaine de la santé. Aussi,

³¹ Docteur Fatou Maria DRAME, in Cours de gouvernance de la santé, Master ETPS, Département Géographie 2010-2011

les dépenses de santé n'occupent pas une place de choix dans la planification budgétaire de la communauté rurale. Cette situation a pour conséquence une faible capacité de financement des besoins de santé, une inadéquation entre les besoins et les investissements en santé affectant du coup l'ensemble du système d'offre de soins.

Graphique 2: Dépenses de santé de la Communauté Rurale en millions de francs (2007, 2008, 2009)

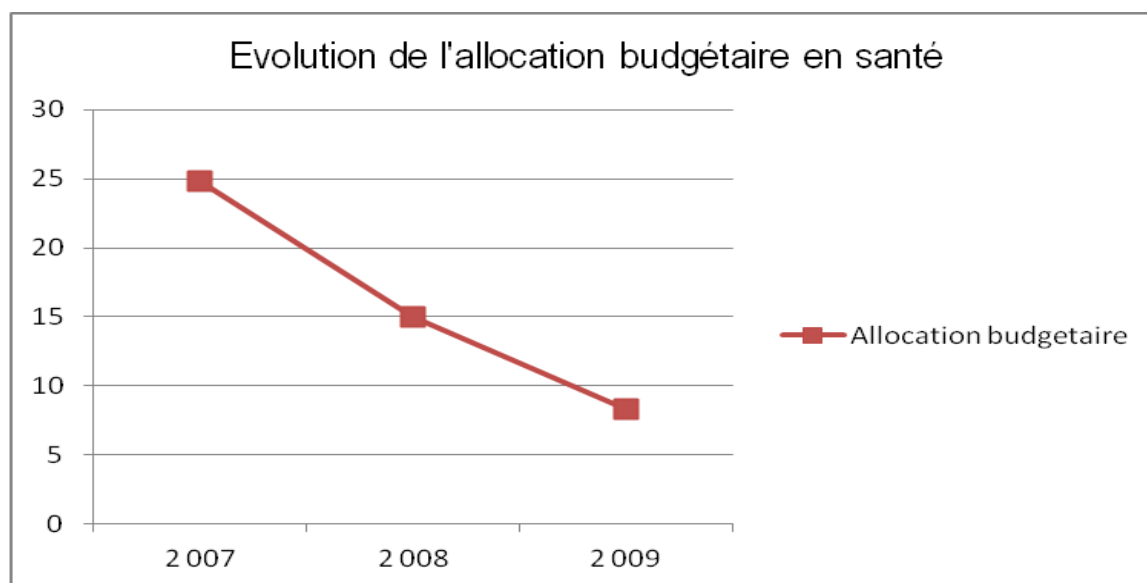


Source : *Comptes administratifs de la communauté rurale de Yèné*

L'analyse de ce tableau nous montre la prise en compte dans les prévisions budgétaires des investissements en santé. Cependant, dans sa phase exécutoire, les dépenses de santé sont occultées. Le taux de réalisation le plus élevé enregistré sur les trois années de comparaison est celui de 2007, cette hausse est due essentiellement à l'acquisition d'une ambulance pour le compte de la communauté rurale. Par contre le taux le plus faible a été celui de 2008, année au cours de laquelle sur une prévision d'environ quinze millions (15 000 000 Fcfa) aucune réalisation n'a été effectuée.

Cette situation peut être considérée comme la résultante du faible investissement dans le domaine de la santé. Cette baisse est représentée par le graphique ci-dessous.

Graphique 3: Evolution des dépenses de santé



Source : Comptes administratifs (2007, 2008, 2009) CR de Yène

De ce graphique, il ressort clairement une baisse des dépenses de santé dans la communauté rurale sur les trois années. En plus du faible taux d'exécution évoqué ci-dessus, l'allocation budgétaire est nettement baissée de 2007 à 2009. Cette situation est sans doute un facteur bloquant pour l'extension de la couverture sanitaire mais aussi pour l'amélioration de la qualité des prestations. Ainsi, ce faible financement a une incidence directe sur l'offre de soins actuelle.

2.2. L'offre actuelle de soins et les besoins de la population

Deux points essentiels seront étudiés dans cette analyse de l'offre actuelle de soins dans la CR de Yène. Il s'agit de la couverture sanitaire du territoire, et du croisement offre et besoins de santé.

a) La couverture sanitaire du territoire : La communauté rurale de Yène compte dix (10) villages. La couverture sanitaire de la CR est assurée par deux postes de santé, deux cases de santé et une case de maternité. Celles-ci (structures) assurent un point d'accès direct à environ 66% de la population totale de la CR. Les cases de santé assurent des soins sur le territoire de leur village d'implantation.

Quant aux deux postes de santé, Yène Guedj et Nianghal, ils prennent en charge leurs villages de polarisation et ont respectivement une couverture de **9 250** et

12 906 habitants. Ces structures mènent des activités curatives et préventives assurées par quatre paramédicaux : deux infirmiers d'Etat et deux sages d'états.

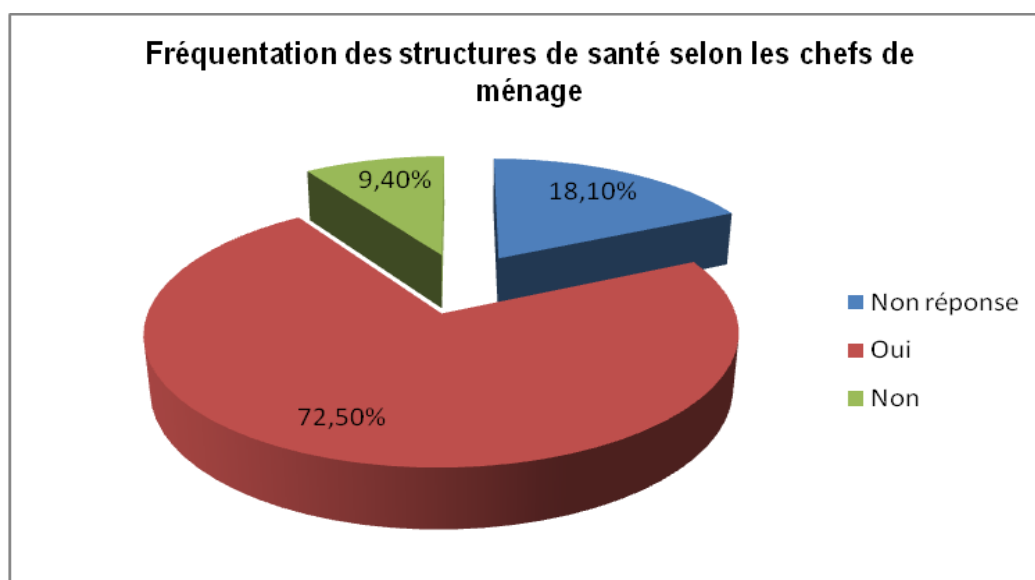
Tableau 9 : Résultat d'activités du premier semestre 2010 des deux postes de santé

ACTIVITES	PS Yène Guedji	PS Nianghal	TOTAL
Consultation primaire curative	4651	2811	7462
Vaccination	1013	673	1686
Consultation prénatale	858	439	1297
Accouchement	220	156	376
Consultation post natale	506	166	672

Source : Registres d'activités des postes de santé de Yène Guedj et Nianghal

Nous pouvons à cette étape souligner la fréquentation des structures de santé. Qu'elle soit située dans leur village d'origine et d'autres villages les populations fréquentent assez bien les structures formelles de soins. Cette affirmation est confirmée par les résultats de l'enquête de ménage.

Graphique 4 : Fréquentation des structures de santé



Source : Enquête ménages, juillet 2011

Sur les 309 ménages enquêtés, on constate que 72,5 % fréquentent une structure de santé située dans leur village d'origine contre 9,40% qui affirment ne pas

fréquenter les structures de santé de leur village, soit pour une raison de non fonctionnalité de la structure, soit pour une raison d'absence totale de structure de soin (cas des villages ne disposant pas de structures).

Cependant, ceux qui disent ne pas fréquenter la structure de leur village, font recourir en majeure partie à une structure de soins formels en cas de besoins. Par contre d'autres ont une alternative à la médecine moderne les tradi praticiens.

b) L'offre et le besoin de santé

Une analyse de l'offre de soins actuelle comparée aux besoins de santé de la population montre des insuffisances qui sont liées à l'insuffisance des infrastructures, des équipements et du personnel de santé.

Sur les dix villages de la CR, seulement les populations de quatre villages ont la possibilité d'accéder à un point d'offre de santé situé sur le territoire de leur village, ce qui représente environ 66% de la population totale de la communauté. Ce qui signifie que les 34% de la population n'ont pas un accès direct à une structure d'offre de soins.

Aussi à observer de près, une inégalité spatiale dans l'offre de soin est visible, la plupart des structures de santé à l'image de presque tous les autres équipements collectifs sont situés dans les villages ayant un accès à la route bitumée, laissant pour compte les villages de l'intérieur. Deux des neuf villages ne disposent d'aucune structure de santé (Yène Kao et NDoukoura Peul). Ces deux villages situés à l'intérieur c'est-à-dire n'ayant pas d'accès à la route bitumée constituent "les déserts médicaux" de la communauté rurale, alors qu'il représente un poids démographique assez important car le village Yène Kao compte une population de 3 813 habitants. Quant au village de Yène Todd qui dispose d'une case de santé mais non fonctionnelle pour manque de personnel, il compte 2 034 habitants. Cette situation entraîne une inégale répartition spatiale des structures de santé sur le territoire de la communauté.

En sus, la moyenne des cibles des deux postes est supérieure à la norme OMS qui est d'un **(01) poste de santé pour 10 000 habitants** et au ratio population/structure

de santé des statistiques 2010 du Ministère de la santé qui est d'**un (01) poste de santé pour 10 094 habitants**³².

Aussi, les structures existantes ou fonctionnelles sont toutes situées dans les villages traversés par la route bitumée laissant pour leur compte, les villages de l'intérieur. C'est ainsi que nous assistons à une augmentation de plus en plus croissante du volume d'activités des postes de santé qui n'étant pas bien outillés n'arrivent pas à satisfaire correctement les populations par leurs prestations.

Par ailleurs, le personnel paramédical chargé de la dispensation des soins est très insuffisant. Même s'il est difficile de respecter la norme OMS dans un contexte de crise globale des ressources humaines de la santé, la situation de la CR est assez inquiétante. Comme évoqué ci-dessus, la communauté ne dispose que deux (02) infirmiers et deux (02) sages femmes. Le recensement de 2010 a estimé à 6288 le nombre de femmes ayant entre 16 et 60 ans. Ne disposant pas de statistique précise relative aux FAR, nous les avons estimées à la moitié de ce taux ce qui fait un total de 3144 FAR pour deux sages femmes alors que la norme OMS est d'une sage femme pour 300 FAR.

Quant aux infirmiers ils s'occupent de l'ensemble des cibles à l'exception des femmes enceintes et des vaccinations postnatales. Cette couverture est d'environ **un (01) infirmier pour 6 000 personnes** alors que la norme **OMS est d'un (01) infirmier pour 1 000 personnes**³³.

Ces déficits entraînent du coup une augmentation du volume du travail et une dégradation de la qualité de soins prodigués.

Cependant la fréquentation des structures de santé selon les résultats de l'enquête de ménage effectuée est assez acceptable.

A ceux-ci, nous pouvons ajouter la non fonctionnalité pour cause de manque de personnel des cases de santé (Kelle, Yène Todd, Niayes Kayes)

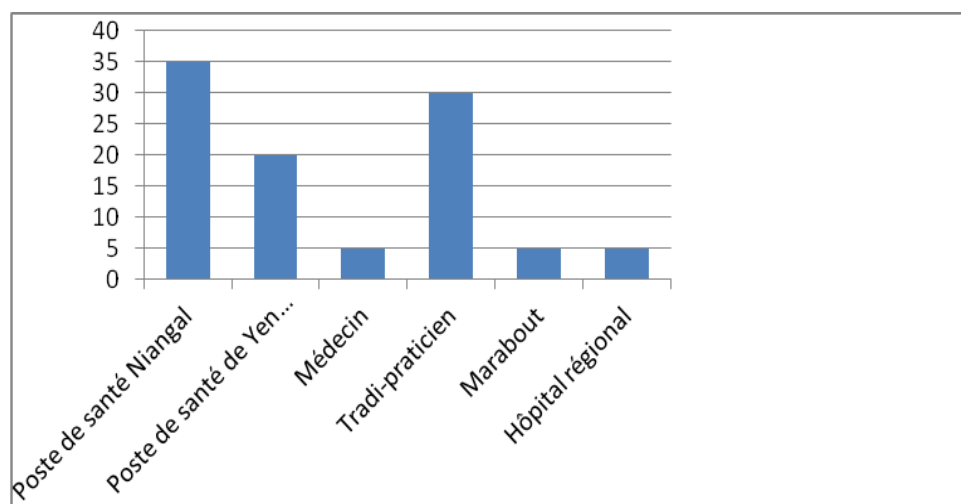
³² Annuaire statistique 2010 du Ministère de la Santé, page 31

³³ www.aps.sn, consulté le 27/10/2011

2.3. Alternative à l'offre formelle de soins

Par offre formelle de soins, il faut entendre les postes et cases de santé situés dans les villages d'origine des malades ou sur le territoire de la communauté rurale. Ainsi, ne seront pas prises en compte dans cette rubrique les structures de soins en dehors de Yène et les autres méthodes de traitement même si elles se pratiquent dans la communauté.

Graphique 5 : Consultation en dehors des structures situées dans le village d'origine



Source : Enquête ménage de juillet 2011.

En ce qui concerne les structures de santé dehors de la communauté, elles sont sollicitées en général pour des besoins de consultation spécialisés : diabète, hypertension artérielle, césarienne et autres. Cette situation s'explique par le fait que les malades ne connaissant pas généralement une « frontière sanitaire » cherchent tout simplement à soulager leur mal et sont tentés par les structures de santé dont le personnel leur inspire confiance. C'est ainsi que le résultat de l'enquête ménage nous montre que la plupart des personnes qui ne se consultent pas dans la structure de soins situées dans leur village font recours une à une structure située sur le territoire de la communauté.

Par ailleurs, à côté de la médecine moderne, comme dans la plupart des communautés africaines, la population de la CR de Yène fait recours aux tradi-praticiens et aux marabouts. Le recours à ces sciences occultes est assez fréquent car 30% des ménages enquêtés disent avoir fait recours aux services du tradi-

praticiens soit avant de faire recours à la médecine moderne ou en complément. Quant aux marabouts, ils ne sont consultés que par 5% des ménages enquêtés.

Ces autres fréquentations sont en général dues à la croyance populaire mais aussi au manque de moyens pour faire face aux frais de consultations et de traitement demandés dans les structures sanitaires.

L'analyse de l'offre de soins dans la communauté rurale de Yène, nous montre deux faces de la situation, une situation assez luisante, malgré les difficultés de fonctionnement liés à l'insuffisance d'infrastructures et de personnels, qui se reflète par une maîtrise de certains fléaux comme la mortalité maternelle (aucun décès maternel n'est enregistré dans les deux postes de santé depuis bientôt trois ans), la mortalité infantile (environ 2 décès pour 1 000 naissances vivantes). Cependant, l'inégale répartition de l'offre en termes d'infrastructures, la baisse des dépenses de santé dans la programmation budgétaire et l'inexécution des programmations budgétaires ainsi que la faible implication des acteurs de la santé dans les prises de décisions risquent de compromettre ces résultats encourageants.

CHAPITRE III : Prospective pour l'amélioration de l'offre de soins dans la CR de Yène

La localisation des structures de soins est le reflet du contrôle des individus, de l'espace et de la mise en valeur du territoire. L'accessibilité des services de santé n'implique pas seulement l'accessibilité géographique, c'est-à-dire le pourcentage de la population habitant à un temps déterminé de déplacement d'un service de soins, mais aussi l'accessibilité financière. Dans le contexte actuel d'un paiement quasi généralisé des services, les coûts pour le patient ne peuvent être ignorés dans aucune analyse de l'offre de soins.

Les populations rurales accèdent difficilement aux services de santé et celle de la Communauté rurale de Yène n'échappent pas à cette généralité. Cette difficulté s'explique par l'inégale répartition et surtout le manque de personnel qualifié suffisant.

Cette tendance si elle n'est pas améliorée risque d'aboutir à un scénario d'insuffisance criarde ou de rupture d'offre de soins dans la communauté rurale. Les raisons sont essentiellement liées au peuplement croissant évoqué ci haut. Ce renforcement du peuplement est surtout dû à la réalisation de grands travaux de développement, notamment l'autoroute à péage et son extension jusqu'à Mbour, l'Aéroport International Blaise DIAGNE, mais aussi l'inclusion de la communauté rurale de Yène dans la « Zone économique spéciale de développement intégré ». L'ensemble de ces réalisations réduira considérablement le temps de liaison entre Dakar et la communauté rurale mais aussi augmentera la convergence ci-dessus évoquée comme l'attestent les données de l'ANSD qui prévoit une population de 42 938 habitants pour la communauté à l'horizon 2015³⁴.

Dans cette logique, nous assisterons à l'installation de nouveaux types de citoyens demandeurs de d'autres prestations de soins mais aussi la création de nouveaux sous territoires devant être dotés d'infrastructures sociales surtout sanitaires.

La situation actuelle de l'offre de soins dans la communauté rurale peut s'améliorer afin d'assurer une couverture adéquate si certaines conditions seront remplies et

³⁴ ANSD, estimation de la population du Sénégal de 2005 à 2015, janvier 2006.

des dispositions prises afin de mieux appréhender les besoins réels de santé afin de mieux apporter les solutions idoines.

Ces solutions selon nos analyses peuvent être à moyen et long termes.

3.1. Les perspectives à moyen terme : Dans un proche avenir, il serait intéressant pour l'amélioration de l'offre de soins dans la communauté rurale de pouvoir rendre fonctionnelle l'ensemble des structures de santé (cases de santé) existantes mais aussi de pouvoir corriger l'inégale répartition des structures de santé en dotant les deux villages (Ndoukoura Peul et Yène Todd) d'un point d'accès aux soins. Aussi ces structures doivent être dotées de personnels qualifiés en mettant fin ainsi à la gestion par les ASC et matrones des cases de santé et maternité. Aussi, une augmentation du personnel de soins (infirmiers et sages femmes) permettra un allègement de la charge de travail pour le personnel existant en améliorant convenablement la qualité de soins prodigués. Cette augmentation permettra de corriger la disparité dans la répartition du personnel de soin dans la communauté en améliorant ainsi le ratio personnel de santé/population.

Pour l'amélioration de la gouvernance sanitaire, il serait judicieux pour le conseil rural de renforcer la commission santé par l'intervention des acteurs de la santé dans la formulation et l'exécution des programmes d'appui aux structures de santé, le choix des médicaments et des équipements à mettre à la disposition des structures mais aussi dans le choix des structures de santé à rendre fonctionnelle selon l'impact de leur intervention sur l'extension de la couverture sanitaire de la communauté. Aussi, une augmentation de l'allocation budgétaire et l'exécution correcte des crédits alloués au volet santé serait d'un atout pour permettre de procéder à des dépenses d'investissement dans le secteur de la santé. Ces investissements doivent s'articuler autour des besoins formulés par les acteurs.

La formation continue des professionnels étant un volet incontournable de l'amélioration de la qualité de soins, le conseil rural pourra mettre à profit l'attractivité de la communauté rurale pour initier des séances de formation et de mise à niveau qui pourront être animées par les professionnels de santé se rendant pendant les weekends dans la communauté.

Par ailleurs, les actions d'appui du Conseil rural dans le cadre de l'accès aux soins notamment, la disponibilité gratuite de l'ambulance pour la première évacuation mais

aussi l'appui aux structures dans l'acquisition des médicaments constituent des facteurs d'amélioration de la fréquentation par les indigents. Afin de maintenir cette tendance, ces derniers, dans le cadre du volet social de la CR peuvent bénéficier d'une prise en charge gratuite de leur traitement dont le conseil rural pourrait être le tiers payant.

Quant à au personnel de soins, la charge de travail actuelle impose soit le recrutement d'au moins un médecin généraliste afin de pouvoir diriger l'un des postes de santé (celui de Yène Guedj est le mieux indiqué eu égard au volume de l'activité de ce centre) tout supervisant l'ensemble des activités préventives ou curatives dans la communauté. A défaut, le renforcement du personnel existant est une nécessité afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Cette demande pourra être adressée au district sanitaire pour permettre l'affectation d'autres infirmiers et sages –femmes. Le renforcement du nombre sages-femmes est d'autant plus que nécessaire car elles permettront d'assurer un grand nombre d'accouchement assistés gage d'un maintien de la tendance actuelle en terme de mortalité maternelle et infantile tout en corrigeant ainsi le paradoxe « *accouchement à moindre risque* » et « *intervention des matrones dans les cases de santé* ».

Tableau 10 : Analyse du besoin en personnel

Personnel	Ratio personnel/population	Normes OMS	Besoin possible à satisfaire
Médecin	Aucun médecin pour 24 000 hts	01 pour 10 000 hts	01
Infirmiers	01 pour 12 000 hts	01 pour 1000 hts	08
Sages-femmes	01 pour 3 000 FAR	01 pour 300 FAR	04

Source : KONE, novembre 2011

La satisfaction des besoins de personnel notamment en infirmiers permettra de rendre fonctionnelles les cases de santé de Kelle, Yène Todd et Niayes Khayes mais aussi de renforcer les personnel existant dans les postes de santé. Quant aux sages femmes, elles seront réparties entre les postes de santé existant mais aussi pour opérationnaliser la nouvelle maternité en construction à Toubab Dialaw.

La santé étant indéniablement un facteur de développement d'un territoire et qu'une population ayant un faible taux de morbidité est une population émergente sur le plan économique, la communauté rurale dans le cadre de la coopération décentralisée doit mettre au devant des actions de coopération l'amélioration de l'accès aux soins de santé ceux par un transfert Nord Sud en termes de renforcement des capacités de formulation de politique de santé locale des acteurs institutionnels.

3.5. *Perspectives à long terme*

La tendance actuelle de l'évolution de la population se soldera par un doublement de la population de la Communauté rurale de Yène à l'horizon 2020.

Cette projection de l'évolution de la population nécessitera sans doute une révision de la carte sanitaire locale. Ainsi, les villages dont les populations atteindront la norme requise nécessitant un poste de santé devront en disposer. Cependant pour une utilisation rationnelle des ressources disponibles, les villages voisins dont les populations totales atteindront également la norme pourront être regroupées pour constituer un bassin sanitaire avec un poste de santé (les cases de santé existantes pourront servir de cadre pour les soins préventives et les séances de formation d'information et de communication en santé) implanté selon des critères qui peuvent être les besoins de santé exprimés par les populations mais aussi la constitution par tranche d'âge de la population qui est un autre facteur déterminant de consommation de soins.

Tableau 11 : Estimation de la population de la CR en 2020

Villages	Population			Taux d'accroissement annuel en %		Taux d'accroissement de la population		Projection Population
	1988	2002	2010	1988-2002	2002-2010	1988-2002	2002-2010	2020
Yenne Guedji	2122	4489	5 210	5,50	1,88	0,10	0,36	12620
Yène Kao	1275	2773	3 813	5,71	4,06	0,10	0,24	7227
Toubab Dialao	956	2229	2 915	6,23	3,41	0,09	0,26	4838
Yène Todd	858	1364	2 034	3,37	5,12	0,14	0,20	9586
Kelle	320	753	1 722	6,30	10,89	0,09	0,09	1596
Nditakh	776	1478	2 260	4,71	5,45	0,12	0,19	5631
Ndoukoura Peulh	394	-	248	-	-	-	-	-
Ndoukoura Wolof	109	195	171	4,24	-1,63	0,12	-	905
Nianghal	2632	4711	6 054	4,25	3,18	0,12	0,27	21821
Niayes Khayes	178	-	380	-	-	-	-	-
TOTAUX	9620	17992	24807	4,6	2,3	0,12	0,33	64223

Source : DPS, RGPH 1988 ; DPS, RGPH 2002 ; Recensement Conseil rural de Yène pour 2010 ; construction étudiant

Cette estimation de la population (plus de 60 000 habitants) est suffisante selon la norme de l'OMS sur un territoire pour pouvoir y mettre en place un centre de santé. Il est intéressant pour la communauté rurale à l'heure actuelle de pouvoir accentuer ses efforts dans la réalisation du centre de santé à cet horizon. Ainsi la fonctionnalité de ce centre avec l'appui bien évidemment du district sanitaire permettra de faire face à l'évolution des besoins nouveaux de santé résultant eux même de l'évolution de population.

Cette réalisation nécessitera la construction de profils territoriaux de santé afin de permettre une couverture adéquate et répondant aux réalités sociales de chaque sous territoire (village).

Ainsi, un profil territorial avec un regroupement des villages peut bien faire l'objet d'une étude plus approfondie par la communauté rurale. Il peut se présenter comme suit :

Tableau 12 : *Projection de la population et besoin en structure de santé*

Villages	Estimation de la population	Structure de santé à prévoir
N'Doukoura Ouolof	905	Case de santé
N'Doukoura Peulh	-	
Niayes Khayes	-	
Yène Todd	9586	Poste de santé
Yène Guedj	12620	Poste de santé*
Yène Kao	7227	Poste de santé
N'Ditack	5631	
Nianghal	21821	Poste de santé *
Kelle	1596	Case de santé
Toubab Dialaw	4838	Case de santé
Total	64223	Centre de santé

*Poste de santé déjà existant

Source : KONE, novembre 2011

L'analyse de ce tableau nous montre clairement le besoin en infrastructure de santé sur le territoire de la communauté rurale de Yène à l'horizon 2020. De cette analyse, il ressort une obligation de regroupement entre certains villages afin de pouvoir mettre en place une structure fonctionnelle et obéissant au nombre de population en matière d'implantation de structure de santé. Ainsi, le critère de rapprochement des villages peut être un facteur d'amélioration de l'accessibilité géographique. Ainsi, les villages de N'Doukoura Peulh, N'Doukoura Wolof et Niayes Khayes auront comme structure de soins la case de santé fonctionnelle de Niayes Khayes, car selon les estimations la population vivant sur le territoire de ces trois villages ne pourra atteindre 10 000 habitants (recommandée pour un poste de santé). Cependant, N'Ditack et Yène Kao pourront bénéficier d'un poste de santé eu égard à

l'accroissement de leur population qui dépassera les 10 000 habitants. Cependant, les villages de Toubab Dialaw et Kelle ne pourront bénéficier d'un poste de santé car leur population n'atteindra pas la norme requise. Cependant les cases de santé fonctionnelle pourront faire face à la prise en charge sanitaire de la population avec en plus la maternité de Toubab Dialaw. Enfin, l'un des deux postes de santé existants (Yène Guedj et Nianghal) pourra après extension abriter le centre de santé.

Ainsi pour la fonctionnalité de ces structures, il serait loisible de pouvoir disposer du personnel de santé nécessaire mais aussi des équipements adéquats. Ainsi, pour le centre de santé, sa fonctionnalité se fera conformément aux normes en vigueur au moment de sa réalisation en termes de personnel et d'équipement.

Aussi, il serait intéressant au niveau du conseil rural de mener des réflexions pour la mise en place d'une mutuelle de santé communautaire afin permettre une pérennisation du fonctionnement du système local de santé mais aussi la prise en charge des indigents par le conseil rural (conformément aux dispositions de l'article 17 de la constitution du Sénégal³⁵). Cette mutuelle peut être constituée au départ par des prélèvements sur les profits réalisés par le fonctionnement des structures existantes (activité de soins et dépôts de médicaments), qui sera reversé par les comités de gestion au Conseil rural. Les critères de détermination des indigents éligibles pour bénéficier de la prise en charge des soins de santé peuvent être établis avec les professionnels de la santé mais aussi, les bénéficiaires peuvent faire l'objet d'une désignation publique (chaque village désigne au début d'année les populations qui n'ont pas de ressources pour pouvoir prendre en charge leur besoin de santé). Certains des critères peuvent être liés aux facteurs entre autres de **prédisposition**, ayant un effet significatif sur la solidarité, ils peuvent être constitués du nombre d'enfants du chef de ménage dont est issu le malade, le sexe du malade ; **de déclenchement**, c'est-à-dire le niveau de gravité de la maladie, le diagnostic de la maladie ; et **de capacités** : l'existence d'un réseau de soutien (social ou financier) au malade. Ceux-ci pourront être complétés par d'autres critères jugés pertinents par les acteurs.

³⁵ Aliéna 2 de l'article 17 « L'Etat et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées ».

L'ensemble des propositions ci-dessus évoquées peuvent être pris en compte par le nouveau plan de développement local ou peut faire comme le secteur de l'éducation dans la communauté rurale de Yène, l'objet d'un document stratégique d'orientation sociale pour la communauté rurale de Yène.

CONCLUSION

La santé est maintenant comprise comme un tout, comme un système de santé et non comme les relations du couple antithétique santé-maladie (Pichéral, 1982). La santé acquiert ainsi une dimension sociale et culturelle. Ainsi une maîtrise de l'état de santé d'une population passe obligatoirement par :

- L'amélioration de la couverture sanitaire ;
- La protection sociale d'un certain nombre d'actions préventives et éducatives ;
- une bonne maîtrise des variables démographiques ;
- l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ;
- la rationalisation et le développement des ressources humaines.

Le diagnostic des conditions d'accès aux soins de santé dans la communauté rurale de Yène est acceptable ; cependant, des efforts restent encore à faire afin d'améliorer l'offre existante.

Ainsi, les hypothèses émises pour nous permettre de mieux cerner la question de l'accès aux soins de santé la communauté ont été affirmées par les développements. Il s'agit :

- de l'implication du conseil rural dans la prise en charge des besoins de santé : certes l'organe dirigeant de la collectivité s'active pour pouvoir offrir à la population des cadres idéaux pour permettre une amélioration de la couverture sanitaire (fonctionnalité des structures existantes, projet de construction). Cependant, une participation de l'ensemble des acteurs de la santé leur permettra d'être mieux impliquer et responsabiliser.
- de l'inégal accès aux services de santé dans la communauté rurale. ; cette situation est le corollaire de l'inégale répartition des structures de santé. L'analyse nous a permis de voir clairement que les villages situés le long de la route bitumée bénéficient de la majeure partie des structures fonctionnelles. Ce qui fait que les villages de l'intérieur ne bénéficient pratiquement de soins dans leur village d'origine alors que le déplacement dans ces localités pose problème.

- ✚ des besoins de santé de la population non satisfaits sur le territoire de la collectivité : cette insatisfaction des besoins de santé est exprimé par les populations des villages de l'intérieur d'une part mais aussi par des patients souffrant de certaines pathologies qui nécessite l'intervention d'un personnel médical (médecin). Les urgences n'ont d'autre sort que l'évacuation de même que certaines maladies nécessitant une consultation de spécialistes
- ✚ de l'extension de l'offre de soins dans la communauté rurale : en tenant compte du poids démographique mais aussi de la diversité du peuplement ; les propositions d'amélioration de la couverture sanitaire, de l'offre soins peuvent être mis à profit par le conseil rural afin de mieux prendre en compte l'aspect poids démographique dans l'implantation des structures futures.

Ainsi, une nouvelle orientation s'avère obligatoire Cette nouvelle orientation doit s'opérer surtout au niveau de l'amélioration de la gouvernance sanitaire dans la localité mais aussi et surtout par l'octroi d'une place de choix dans les investissements de la communauté rurale aux actions proprement dites de soins et connexes (assainissement, voirie, sensibilisation, éducation, information sur la santé), mais aussi dans la répartition équitable de cette offre surtout entre villages côtiers (regroupant la plupart des équipements) et les villages de l'intérieur qui ne disposant ni de structures ni de possibilité d'accès fiable aux structures existantes. L'accessibilité à un service de santé desservi par le personnel de qualité est un préalable. Elle ne prend sens que lorsque la structure produit les soins dont le malade a besoin d'où une réconciliation entre l'offre et la demande de soins exprimés par la population. Un autre pan important doit être l'accessibilité aux médicaments qui à notre avis et selon le résultat des enquêtes de ménage est un facteur handicapant la fréquentation des structures de santé.

Ainsi, la programmation de l'amélioration de l'offre de soins par la collectivité doit comporter deux aspects majeurs : d'une part celui de l'accessibilité géographique et économique des soins à la fois en gérant mieux ce qui est sous son contrôle direct, et d'autre part, l'effort doit porter sur la qualité en améliorant au mieux les conditions de travail des prestataires mais aussi.

Aussi, une amélioration des autres déterminants de la santé notamment, l'accès à l'eau potable, à un environnement sain mais aussi une autosuffisance alimentaire

peuvent être des facteurs d'amélioration des conditions sanitaires dans la communauté rurale de Yène.

Au termes de cette étude, nous pouvons affirmer sans risque de nous tromper, qu'elle a été une expérimentation des connaissances théoriques acquises mais aussi l'appropriation des techniques de recherche appliquée sur un territoire assez complexe de par sa composition et sa réalité quotidienne.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

KEROUEDAN (D), Santé Internationale, les Enjeux de santé au Sud, Sciences Po LES PRESSES, décembre 2010 ; 585 Pages.

LAMBERT (D.C), *Lexique d'Economie de la Santé.*, Paris: Economica. 1985, 129 Pages .

PALIER (B), *La réforme des systèmes de santé*, Que Sais-je, PUF, 2004 ; 127 Pages

PARET (H), Planification de la santé en Afrique, L'Harmattan, Juillet 1984, 198 Pages

PICHERAL (H), *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. GEOS, Atelier Géographie de la santé éd. 2001, Montpellier: Université Montpellier 3 - Paul Valery. 307pages.

RAPPORTS

Agence Européenne pour le Développement et la Santé, *Financement des Services de Santé*, Version 1996, 130 pages

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie : Banque des Données des Indicateurs Sociaux du Sénégal (BADIS), Editions 2005-2006

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie : Situation Economique et Sociale du Sénégal en 2009, Décembre 2010 ; 304 pages

Banque Mondiale, Région Afrique, Département de développement humain : Martine Audibert et Eric de Roodenbeke : Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : *Analyse de la situation et perspective*, Avril 2005

LAPORTE Jean Dominique, *Le financement communautaire des services de santé, la situation au Mali et dans d'autres Etats francophones d'Afrique*, Institut Universitaire d'Etudes du Développement, Genève, octobre 2004.

Ministère de la santé, Annuaire Statistique de la Santé 2010, 318 pages

Ministère des Affaires Etrangères de la France, Direction Générale de la Coopération

Organisation Mondiale de la Santé, *Série de rapport technique N°819, Hôpital de district dans les zones rurales et urbaines* 1992, 92 Pages

RIDDE Valery, *L'initiative de Bamako 15ans, un agenda inachevé*, Health, Nutrition and Population, octobre 2004, 54 pages

ARTICLES

BRUNET-JAILLY, *L'ajustement macro-économique et le secteur de la santé: deux exemples africains (le Mali et la Côte-d'Ivoire)*, 1990, 22 pages

Caroline Allonier, *et Associés*, Questions d'Economie de la Santé, Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage, n° 139 - Février 2009,

Docteur Fatou Maria DRAME, Cours de gouvernance de la santé, Master ETPS, Département Géographie 2010-2011

Malick SAMB, L'accessibilité aux soins de santé, le Cas du Sénégal., **Agence Universitaire de la Francophonie**, Animation régionale de Dakar, Réseau des chercheurs « Droit de la Santé » 2005;:

Mame Aly KONTE, Le secteur de la santé au Sénégal : malaises actuels et perspectives futures, communication au Forum National sur la gouvernance et le système de la santé au Sénégal :

Véronique Lucas-Gabrielli, Norbert Nabet, François Tonnellier : Les soins de proximité, une exception française, CREDES Juillet 2001, Page 12

TEXTES JURIDIQUES

- Loi n° 96-06 du 22 Mars 1996, portant Code des collectivités
- Loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales
- Décret n° 96-1135 du 27 décembre 1996 portant application de la loi de transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales en matière de santé et d'action sociale.

SITE WEB

¹ <http://healthcaretips.psyphil.com/sante-promotion-de-la-sante-des-soins-de-sante-definitions-conseils>

WWW.SANTE.GOUV.SN

WWW.IRDES.FR

WWW.CREDES.FR

WWW.APS.SN