



CESAG
Centre Africain d'Etudes
Supérieures en Gestion

ISS
INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE

DECENTRALISATION DE LA SANTE

ET

ACCESSIBILITE AUX SOINS :

LE CAS DE LA VILLE DE PIKINE

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

Bibliothèque du CESAG



108308

Présenté par :
Monsieur Abdoul Aziz LO
Administrateur Gestionnaire
des services de santé

Directeur de mémoire :
Monsieur Mbaye DIENE
Professeur vacataire au CESAG

Pour l'obtention :
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES
EN ECONOMIE DE LA SANTE

2003-2004

M0105DSES06

REMERCIEMENTS :

- ✿ *A toute ma famille ;*
- ✿ *Au Député Maire de la Ville de Pikine, Monsieur Daour Niang NDiaye pour avoir financé cette formation ;*
- ✿ *A Monsieur MBaye DIENE, qui malgré ses différentes occupations, a accepté de diriger ce travail ;*
- ✿ *A tout le corps professoral et à l'Administration de l'Institut;*
- ✿ *A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail;*

Liste des abréviations :

CM : Circonscription Médicale

PDDS : Plans Départementaux du Développement des Districts Sanitaires

PNDS : Plan National du Développement Sanitaire

PDIS : Plan de Développement Intégré du Secteur de la Santé

DASS : Direction de l'Action Sanitaire et Sociale

DS : Décentralisation de la Santé.

CA : Commune d'Arrondissement

PIC : Plan d'Investissement Communautaire

CNDCL : Conseil National de Développement des Collectivités Locales

FDD : Fonds de Dotation de la Décentralisation

ACDI : Agence Canadienne du Développement International

ADM : Agence de Développement Municipal

PIP : Programme d'Investissement Prioritaire

PAC : Programme d'Appui

PEP : Programme d'Entretien Prioritaire

BCI : Budget Consolidé d'Investissement

DPS : Direction de la Prévision et de la Statistique

DASSE : Direction des Affaires Sanitaires Sociales et Educatives

FAP : Femmes en Age de Procréer

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	1
I. Contexte Général.....	2
II. Aperçu Historique et Problématique.....	5
III. Présentation de l'Etude.....	10
1- Objectif général	
2- Objectif spécifique	
3- Hypothèses de recherche	
4- Intérêt de l'étude	
5- Plan de l'étude	
PREMIERE PARTIE : CADRE DE L'ETUDE : La Ville de Pikine...12	
<i>Chapitre 1 : Caractéristiques et Gestion Administrative de la Ville de Pikine.....</i>	<i>13</i>
I. Situation Démographique.....	13
II. Aspects Socio-économiques.....	14
III. Organisation et Fonctionnement administratif.....	16
1- Organisation	
2- Fonctionnement administratif	
<i>Chapitre 2 : Situation Sanitaire.....</i>	<i>20</i>
I. Infrastructures.....	20
1- Inventaire	
2- Niveau de descente des équipements sanitaires	
II. Personnel de Santé.....	23
DEUXIEME PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE ET METHODOLOGIE.....	26
<i>Chapitre 1 : Revue de la Littérature.....</i>	<i>27</i>
I. Les compétences transférées en matière de santé.....	27
1- Niveau d'implication des collectivités locales	
2- Contraintes liées à l'exerce des compétences transférées	
II. Rôles des différents acteurs.....	31
1- Etat	
2- Collectivités Locales	
3- Populations	
4- Personnel de santé	

5- Partenaires au développement

III. **Financement des compétences transférées dans le domaine de la santé.....39**

- 1- Le fonds de dotation de la décentralisation
- 2- Les collectivités locales
- 3- Les comités de santé
- 4- Les projets de réforme de la fiscalité locale

IV. **Structures d'appui aux collectivités locales.....43**

- 1- Agence de développement municipal
- 2- Programme de développement intégré de la santé

V. **Notion d'accessibilité aux soins.....46**

- 1- Accessibilité financière
- 2- Accessibilité géographique

Chapitre 2 : Méthodologie de la recherche.....48

- I. Population étudiée.....48
- II. Type d'enquête.....48
- III. Technique et Instruments d'enquête.....50
- IV. Collecte.....50
- V. Traitement des données.....50
- VI. Définition des variables.....50

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION ANALYSE ET COMMENTAIRE DES RESULTATS....52

Chapitre 1 : Présentation des résultats..... 53

- I. Utilisateur.....53
- II. Professionnel de santé.....55
- III. Comités de santé.....56
- IV. Elus locaux.....58

Chapitre 2 : Analyse des résultats.....60

- I. Utilisateurs.....60
- II. Professionnels.....60
- III. Comité de santé61
- IV. Elus locaux.....61

Chapitre 3 : Commentaires.....62

- I. Relation entre accessibilité financière et personnel qualifié disponible.....62

II. Relation entre accessibilité financière et mutuelle de santé.....	63
III. Relation entre accessibilité financière et équipement disponible.....	63
IV. Relation entre amélioration de la prise en charge médicale et augmentation des structures sanitaires.....	63
V. Relation entre accès aux soins et réduction du prix des médicaments.....	64
VI. Relation entre accès aux soins et personnel qualifié.....	64
VII. Relation entre décentralisation de la santé et tarifs des prestations	64
CONCLUSION GENERALE.....	66
ANNEXES.....	70
BIBLIOGRAPHIE.....	79

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

CESAG
BIBLIOTHEQUE

I Contexte Général :

Après l'Indépendance de notre pays en 1960, le secteur de la santé a connu plusieurs réformes.

Il convient de rappeler l'importance de la réforme de l'administration territoriale et locale des années 1970 (loi 70-02) introduite en 1972 et qui s'inscrit dans un cadre beaucoup plus global.

En effet, elle repose sur quatre principes fondamentaux qui concernent tous les secteurs de développement socio-économique du pays. Il s'agit de :

- la décentralisation au sens de transfert aux collectivités locales de la gestion et de l'administration des affaires qui les concernent;
- la déconcentration au sens de délégation de plus de pouvoir à l'administration locale;
- la participation responsable des populations à toutes les actions de développement qui leur sont destinées;
- la régionalisation des plans de développement socio-économique intégré.

Cette réforme de l'administration générale a été renforcée au niveau du secteur de la santé par l'adoption de la déclaration de Alma Ata sur les soins de santé primaire par le gouvernement du Sénégal comme fondement de stratégie de santé du pays.

Cependant le système de santé était toujours en réalité centralisé et orienté au plan opérationnel vers la médecine curative malgré le démarrage en 1978 à Pikine d'une initiative de participation communautaire à la gestion de leurs problèmes de santé.

En effet, cette participation communautaire essentiellement financière était insuffisante eu égard à la perspective d'amener les populations à participer à toutes les étapes du processus de résolution de leurs problèmes de santé. Donc leur impact sur l'accès aux soins peu significatif était très limité. Sur le plan national.

En définitive, l'absence d'une profonde réorganisation du système, la non opérationnalité des vastes Circonscriptions Médicales, l'insuffisance de la prise en charge satisfaisante de la référence, l'inexistence d'un financement adéquat et pérenne sont les principaux facteurs qui sont à l'origine des résultats insuffisants enregistrés dans la mise en œuvre de la politique de santé qui est définie en 1989 au Sénégal.

Face à cette situation le gouvernement a entrepris dans les années 1990, une réforme en profondeur du système de santé. Plusieurs réformes institutionnelles et sectorielles ont été initiées. Parmi celles-ci les plus importantes concernent :

- L'élaboration d'une déclaration de politique nationale de santé en juin 1989 ayant abouti par la suite à la lettre de politique sectorielle et aux orientations prioritaires de santé;
- La circulaire N° 1753 du 15 mars 1991 relative à la restructuration du système de santé en districts sanitaires (50) pour remplacer les Circonscriptions Médicales (CM) qui correspondaient à l'ancien découpage sanitaire du pays superposé au découpage en départements;
- l'amélioration de la couverture sanitaire en postes de santé;
- La décentralisation du processus de planification au niveau des régions depuis 1989 avec l'élaboration de Plans Départementaux de Développement des Districts Sanitaires (PDDS), de Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS), de Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 1998-2007) et du Programme de Développement Intégré du Secteur de la Santé (PDIS) :
- La promulgation de textes juridiques concernant l'organisation et le fonctionnement des comités de santé qui sont contenus dans le décret 92-118 MSPAS du 17 janvier 1992 portant sur les statuts types desdits comités et qui fixent les obligations particulières auxquelles ils sont soumis;
- l'adoption et l'application de l'initiative de Bamako comme stratégie pour renforcer la mise en oeuvre de la politique des soins de santé primaires avec la première phase concernant le recouvrement de coûts des médicaments et des prestations de services, complétée en 1992 par la seconde phase marquée par l'introduction de concepts nouveaux tels que le monitoring, la micro planification et les ordinogrammes;
- l'adoption de la loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et son décret d'application 96-1135 relatif à la santé qui délèguent des compétences plus accrues aux élus locaux dans le cadre de la décentralisation.

La loi 96-07 va marquer un tournant crucial dans la décentralisation au Sénégal, en initiant des changements institutionnels importants dans la gestion des affaires locales en général, la gestion des services de santé en particulier.

A travers cette loi, des compétences ont été transférées dans neuf (9) domaines dont la planification et la santé. C'est ainsi qu'en matière de santé les différentes collectivités locales (régions, communes et communautés rurales) reçoivent des compétences couvrant non seulement la gestion des structures de santé dans leur juridiction respective, mais aussi la construction et l'entretien des structures de santé de base.

Dans le cadre de cette étude, seul le secteur de la santé retiendra notre attention et ce mémoire est l'aboutissement d'une réflexion suscitée depuis 1996 sur le rôle des collectivités pour assurer l'accès aux soins aux populations.

Cette réflexion nous l'avons menée en tant qu'acteur chargé à travers la DASS de la Ville de Dakar et celle de la Ville de Pikine de l'élaboration et de la mise en oeuvre de la politique municipale en matière de santé sur la base des compétences transférées dans ce domaine.

Ce mémoire se propose d'étudier la relation entre la décentralisation de la santé et l'accessibilité aux soins et le rôle que doivent jouer les collectivités locales.

II APERÇU HISTORIQUE ET PROBLEMATIQUE :

1 Aperçu historique:

A son accession à l'indépendance, le Sénégal a retenu, dans le cadre du 1^{er} plan de développement économique et social (1961-1964), les orientations de sa politique en matière de santé qui sont :

- la priorité du milieu rural sur le milieu urbain par le renforcement du dispositif sanitaire et la multiplication des actions destinées au monde rural;
- la priorité de la médecine de masse sur la médecine individuelle avec un accent sur la prise en charge des grandes endémies par rapport aux actions curatives;
- la priorité de la médecine préventive sur la médecine curative avec un accent sur la prise en charge des enfants et des femmes et des groupes défavorisés que constituent les ouvriers et les paysans;
- la priorité des tâches éducatives.

Ces orientations seront réaffirmées dans les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} plans de développement qui couvre la période allant jusqu'en 1977.

La permanence de ces orientations, sur une période de près de 20 ans, constitue la marque de leur profondeur, en même qu'elle rend compte de l'ampleur des tâches qu'elles préfigurent et qui ne peuvent être effectuées que dans la durée.

Il est donc logique que le 5^{ème} plan de développement (1977-1981), loin de marquer une rupture, ait voulu renforcer ces orientations par :

- une prévention plus dynamique dans une optique multidisciplinaire,
- le développement des services de santé en vue d'intégrer tous les projets qui se rapportent à cette prévention,
- l'organisation rationnelle des soins de santé primaire,
- une éducation sanitaire en profondeur.

En conséquence, le contexte était favorable à l'adoption des recommandations que formulera en 1978, la conférence internationale d'Alma Ata, avec notamment la stratégie des soins de santé primaires basée sur :

- a. L'information et l'éducation pour la promotion de la santé et la prévention des malades ;
- b. la promotion de bonnes conditions alimentaires et institutionnelles;
- c. l'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base;
- d. la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale;
- e. la vaccination contre les grandes maladies infectieuses;
- f. la prévention et le contrôle des endémies locales;
- g. le traitement des maladies et des lésions courantes;
- h. la fourniture en médicaments essentiels.

Alma Ata a été également le moment fort de l'affirmation et de la mise en exergue des principes de décentralisation des services de santé et de la participation des communautés à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires.

La perception des conclusions d'Alma Ata devenait d'autant plus aisée que le Sénégal avait déjà initié des expériences de participation communautaire, avec l'adoption des soins de santé de base à Fatick et Pikine et mettait en oeuvre depuis 1972 une réforme territoriale et locale caractérisée par l'approfondissement du processus de décentralisation.

La décentralisation des services de santé trouvait ainsi un cadre de légitimation politique puissant et contexte de mise en oeuvre favorable. Le 6^{ème} plan de développement (1980-1985) prenait alors ces options à son compte pour définir des priorités en matières de santé axées sur :

- le renforcement de l'échelon périphérique;
- la généralisation de l'application des soins de santé primaires.

Se situant dans la trajectoire amorcée par le premier plan, et affinée par l'adoption des recommandations d'Alma Ata, le 7^{ème} plan de développement (1985-1989) déterminera comme priorités essentielles de la politique de santé :

- la médecine préventive;
- la médecine rurale;
- la médecine de masse;
- la participation des populations à l'effort de santé.

Il est remarquable que les priorités définies dans le 7^{ème} plan soient presque identiques à celles du 1^{er} plan, malgré l'écart de près de 25 ans qui les sépare. Il est possible d'y lire une continuité qui cependant, cache mal la difficulté à asseoir de manière nette, pendant le premier quart de siècle d'indépendance, une politique de santé au service du plus grand nombre, accordant la priorité aux populations rurales et qui allie efficacement les tâches de prévention et d'éducation.

Dès lors, il devenait urgent de mettre en place des mécanismes institutionnels de l'application effective et généralisée de la stratégie des soins de santé primaires, notamment par la réorganisation du système, dans l'optique d'une plus grande opérationnalité et l'optimisation de la participation communautaire.

Le renforcement de l'échelon périphérique, par la création des districts sanitaires, l'adoption de l'initiative de Bamako et la formalisation de l'intervention des comités de santé seront les réponses à cette lancinante question.

Le principe de la décentralisation des soins à travers la création de zones opérationnelles appelées districts, adopté à l'issue des conférences de Lusaka en 1985 et d'Harare en 1989, a été actualisé par la circulation n° 1753 du 15 mars 1996 qui a découpé le pays en 50 districts sanitaires, unités opérationnelles de mise en oeuvre des soins de santé primaires. Les districts sanitaires, qui remplacent les circonscriptions médicales, disposent d'une autonomie assez large tant dans la planification que dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires.

La décentralisation du processus de planification, initiée en 1989 avec l'élaboration de plans départementaux de développement sanitaire, trouve dans ce nouveau dispositif le cadre d'une mise en oeuvre plus efficiente.

Le décret 92-118 du 17 janvier 1992, relatif à l'organisation et au fonctionnement des comités de santé, formalise l'existence des associations communautaire de participation à l'effort de santé, formalise l'existence des associations communautaires de participation à l'effort de santé publique, qui ont vu le jour dans les années 1970.

Les comités de santé constituent le cadre de contribution et l'implication des communautés sur la base des principes d'autofinancement et d'auto responsabilisation.

L'initiative de Bamako, dont la phase pilote a concerné en 1992 les districts de Matam, Podor et Bignona, constitue une stratégie de renforcement de la politique des soins de santé primaires avec, notamment, le recouvrement des coûts des médicaments et des prestations de service, l'introduction du monitoring, de la micro planification et des ordinogrammes.

La définition d'une politique nationale de médicaments essentiels, avec l'élaboration d'une liste de médicaments générique participe de la volonté de renforcer ce processus.

C'est dans ce contexte qu'interviennent les Nouvelles Orientations de la Politique de Santé adoptée en 1989 et visent :

- la réorganisation Ministère de la Santé,
- la réforme hospitalière,
- la réforme du sous-secteur pharmaceutique,
- la réforme du système de financement du secteur,
- le renforcement institutionnel,
- l'amélioration de l'accès aux services de santé,
- l'amélioration de la qualité des prestations de service,
- le développement des ressources humaines,
- la lutte contre la maladie et le renforcement de la surveillance épidémiologique,
- l'accroissement des performances des programmes de santé de la reproduction,
- la promotion des mesures individuelles et collectives par l'hygiène, l'assainissement et l'IEC
- l'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle,
- le développement des activités de recherche opérationnelle,
- l'amélioration du cadre de vie des familles démunies et les groupes vulnérables.

Ces orientations sont à la base du Programme National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS/1998-2007) dont la première phase, relative à la période 1998-2002, s'est réalisé dans le cadre du Programme Intégré de Développement de la Santé (PDIS).

C'est dans ce cadre qu'ont été voté les lois 98-08 et 98-12 du 12 février 1998 relative aux établissements publics de santé et à la réforme hospitalière qui visent l'amélioration des performances des hôpitaux sur le plan de la gestion et de la qualité afin « de répondre aux exigences d'une politique orientée vers la santé pour tous et aux souhaits d'une société moderne qui demande une médecine de plus en plus efficace ».

La réorganisation du Ministère de la Santé, formalisée par le décret 98-961 du 2 décembre 1998, répond principalement à l'urgence d'adapter sa structuration à la mise en oeuvre du PDIS. Il reste évident que l'appréciation de la pertinence de la réorganisation devrait être mesurée par des exigences d'opérationnalité qu'appelle la décentralisation de services de santé.

L'adoption des lois 96-06 et 96-07 du 22 mars 1996 portant, respectivement, code des collectivités locales et transfert de compétences aux collectivités locales dans des secteurs de développement incluant la santé, introduit des mutations profondes dans les modes d'affectation et de gestion des ressources et instaure des rapport inédits entre les collectivités locales et les structures de santé.

2 Problématique :

Avec ses 29 postes de santé et 2 centres de santé, rapportés à la population, on compte aujourd'hui un poste de santé pour 27105 habitants. Si dans certains quartiers la population se trouve dans un rayon de cinq (5) km par rapport aux structures sanitaires, il n'en demeure pas moins que certains quartiers peuplés de plus de 50 000 habitants ont accès difficiles à ces structures.

A cela, s'ajoute la pauvreté qui est en augmentation dans cette localité. L'une des nombreuses manifestations de cette pauvreté en milieu urbain est l'incapacité de certains groupes à payer les frais nécessaires pour accéder aux services de santé.

L'importance de la santé dans le développement du capital humain et de celui-ci dans le développement économique et social d'un pays est largement reconnue. C'est pour cela que l'accès des pauvres aux services de santé est devenu une préoccupation majeure des décideurs politique. Cette préoccupation est basée aussi bien sur des considérations d'équité que sur des recherches de voies qui mèneraient à un développement économique et social durable.

C'est dans ce contexte que des innervations de l'État telle que la décentralisation de la santé (DS) sont menées pour faciliter l'accès des populations les plus démunies aux soins de santé.

La réalisation de cet objectif qui est l'accès aux soins des populations suppose le renforcement du dispositif sanitaire en :

- Infrastructures et équipements disponibles
- Ressources humaines qualifiées

Aussi demeure-t-il nécessaire de passer au crible l'impact de la DS à la lumière de l'existant en structures de santé et en personnel d'une part et du point de vue des différents acteurs d'autre part.

La couverture en infrastructures et en personnel va être analysée au travers de la couverture sanitaire des formations sanitaires et aux indicateurs d'appréciation de la couverture en personnel à savoir nombre de personnes par médecin, par infirmier, par sage-femme.... L'administration des questionnaires aux populations va nous permettre de se rendre compte de la disponibilité des structures sanitaires et d'apprécier la diversité des lieux de recours offerts ainsi que les coûts d'accès aux soins et aux médicaments qui mérite une place de choix aux points de vue et vécus des populations dont la participation est sollicitée.

Avec la décentralisation, qu'en est-il de l'accessibilité aux soins sur le plan géographique et financière dans la Ville de Pikine?

III PRESENTATION DE L'ETUDE

1 Objectif général :

Montrer que la décentralisation de la santé qui s'agit essentiellement de conférer aux collectivités locales l'autorité nécessaire pour qu'elles puissent prendre en main leur propre destin,, peut contribuer à assurer une meilleure accessibilité aux soins.

2 Objectifs spécifiques :

- Identifier les leviers sur lesquels on doit s'appuyer pour assurer l'accessibilité aux soins.
- Décrire la perception des principaux acteurs (élu, comité de santé, professionnel et utilisateurs) sur l'accessibilité.
- Identifier les rôles que doit jouer la collectivité locale pour aider à assurer l'accessibilité

3. Hypothèses de recherche :

Des objectifs susmentionnés découlent des hypothèses de recherche ci-après :

- 1- Parmi les moyens alloués à la décentralisation : les ressources humaines et matérielles (équipements, infrastructures, médicaments) en quantité et en qualité suivant les normes établies dans ce domaine sont les facteurs les plus déterminants pour assurer l'accessibilité aux soins.
- 2- Avec l'appui soutenu de la collectivité locale l'accessibilité est assurée.

4. Intérêt de l'étude :

L'intérêt de l'étude réside dans la tentative de cerner dans le cadre de la décentralisation et des compétences transférées dans le domaine de la santé, le rôle que doit jouer la ville de Pikine en tant que collectivité locale pour faciliter aux populations et en particulier les plus démunies l'accès aux soins de santé.

5. Plan de l'étude :

Au résultat, le produit de l'étude est distribué en trois parties :

PREMIERE PARTIE : CADRE DE L'ETUDE : La Ville de Pikine

DEUXIEME PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE ET METHODOLOGIE

TROISIEME PARTIE : PRESENTATION ,ANALYSE ET COMMENTAIRE DES RESULTATS

PREMIERE PARTIE:
CADRE DE L'ETUDE : LA VILLE DE PIKINE

Chapitre 1 : Caractéristiques et Gestion Administrative de la Ville de Pikine

Créée ex-nihilo par arrêté n° 2352/SDE du 23 avril 1952 par les autorités coloniales, la Ville de Pikine est sortie des plaines et des marécages des Niayes de la périphérie de la capitale pour recueillir les victimes du plan d'urbanisation ou de l'« Hausmannisation Dakaroise » des années 1950. Elle fût instituée en tant que commune par le décret n°83-1129 du 29 octobre 1983, avec des limites qui coïncident avec celles du département du même nom.

Les premiers habitants proviennent des quartiers péricentraux que sont : la Médina, Colobane et Grand Dakar. Isolée et peu attractive au départ, cette ville est devenue, par le dynamisme de la croissance naturelle de sa population (plus de 3%) mais aussi et surtout par son rôle de principale zone d'accueil des flux migratoires sur Dakar, l'une des plus grandes agglomérations urbaines du Sénégal.

Cette forte expansion spatiale et démographique de l'agglomération a vite engendré des difficultés de gestion des services urbains.

Cet état de fait fût sans doute partie des facteurs déterminants qui ont motivé en 1990 le nouveau découpage administratif qui divisa le département de Pikine en deux communes autonomes : les Communes de Pikine et de Guédiawaye par le décret 90-1134 du 08 octobre 1990.

C'est en août 1996 que la commune de Pikine qui s'étend sur une superficie de 79,43 km² a été érigée en « ville » par le décret n° 96.745 du 30 août 1996 et organise le territoire municipal en 16 communes d'arrondissement.

Selon les données de la Direction de la Prévision et de la Statistique¹, il occupe, sur le plan national, la première place du classement des départements par la taille démographique en 1998

I – Situation démographique :

Selon les projections de la population du Sénégal issues du recensement de 2002 de la Direction de la Prévision et de la Statistique (DPS), la population de la « ville » de Pikine est estimée à 768826 habitants soit 34 % de celle de la région de Dakar avec une densité forte de 15893 habitants au Km².

Tableau n° 1 : Population de la Ville de Pikine

1998	1999	2000	2002		
			Hommes	Femmes	Total
551965	583427	616683	383192	385634	768826

Source : DPS¹ Direction de la Prévision et de la Statistique : Population du Sénégal : Structures par sexe et par âge issues du recensement de 2002.

Avec une population dont plus de 54% a moins de 20 ans, 23% des femmes en âge de procréer et un taux d'accroissement annuel de plus de 4,5%, le principal défi à relever par les autorités municipales et les services déconcentrés de l'État est constitué par la conjugaison d'une forte croissance démographique et de densité relativement moyenne sur un territoire en voie de saturation car d'après les prévisions de la DPS la population sera de 2 027 008 habitants en 2013.

La population est essentiellement musulmane (plus de 94%), le reste est constitué de chrétiens et autres croyances.

Cette population se compose comme suit (source : rapports des 2 districts du département)

- Femmes en âge de procréer : 186149
- Grossesses attendues : 31827
- Enfants de 0-11 mois : 31827
- Enfants de 0-5 ans : 159830

On note un important mouvement de la population aussi bien interne qu'externe dû en grande partie aux activités économiques, mais aussi à des conditions d'habitation précaires dans certaines zones de la localité.

II – Aspects socio-économiques :

Selon l'étude monographique publiée par ENDA Tiers Monde, entre 50 et 56% de la population active de Pikine vit de revenus tirés d'activités informelles surtout au niveau du commerce et de l'artisanat. Depuis plusieurs années, le secteur informel constitue le recours d'un grand nombre d'actifs et se présente comme une réponse à la crise actuelle de l'emploi.

L'espace économique est dominé essentiellement par les activités secondaires et tertiaires. Le secteur primaire subit différentes agressions liées à l'explosion urbaine.

La poussée progressive de l'urbanisation a réduit considérablement les surfaces cultivables du côté de Keur Massar, Yeumbeul, Malika et se traduit par une diminution des activités de commerce entre la ville et la campagne sur le territoire communal.

Certains de ces quartiers sont actuellement occupés de façon anarchique. Il s'agit de l'habitat spontané.

D'autres quartiers ont été créés avec la mise en place des parcelles assainies de Malika et d'autres verront le jour avec la création de la zone d'aménagement concerté (ZAC).

Cette situation aura pour conséquence à court et moyen terme l'augmentation des recettes fiscales relatives à la taxe sur le foncier bâti et aux patentes suite à l'installation d'équipements marchands (marchés gare routière etc..).

Dans la zone industrielle certains établissements y sont installés et sont pourvoyeurs d'emplois aussi bien pour le secteur moderne que pour l'informel (restaurants, commerce de détail).

Ainsi pour renforcer les fonctions économiques et commerciales de la ville, il faudrait améliorer la tendance actuelle par :

- l'organisation de l'espace en dissociant le politique de l'administratif pour permettre le développement des activités de commerce et de services ;
- la promotion des mairies d'arrondissement pour le développement local;
- la mise en place des infrastructures de qualité et des services sociaux de première nécessité (voiries, assainissements, écoles, centres de santé etc.) pour satisfaire la population ;
- la spécialisation de la zone industrielle dans les secteurs de pointe en s'appuyant sur le technopole, futur pôle de développement ;
- l'amélioration des moyens de stockage, de conservation (entrepôts frigorifiques, unités de conditionnement) et de transport entre les zones de production et de consommation. Cela contribuerait à intensifier les échanges ;
- la multiplication des marchés spécialisés (marchés de légumes, de céréales),

La mise en oeuvre de toutes ces actions entraînera le développement de l'économie et aura par conséquent des effets bénéfiques sur l'emploi urbain et les activités urbaines.

III - Organisation et fonctionnement administratif :

La Ville de Pikine est dotée d'une personnalité morale de droit public et d'une autonomie financière. Elle reste tout de même placée sous la tutelle du ministère des collectivités locales.

1. Organisation :

- ***Le conseil municipal :***

Il est composé de 90 conseillers élus au suffrage universel direct. Le conseil municipal règle les affaires de la ville par délibération. Il assure à l'ensemble de la population, sans discrimination, les meilleures conditions de vie. Il intervient plus particulièrement dans le domaine de la planification et de la programmation du développement local et de l'harmonisation de cette programmation avec les orientations régionales et nationales.

Le conseil municipal donne son avis toutes fois que celui-ci est requis par les lois et règlements ou la demande du représentant de l'État (art 88 de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales).

- ***Le bureau municipal :***

Le conseil municipal élit en son sein le bureau municipal. Il est composé du maire et de ses adjoints. Il peut se réunir en session élargie aux présidents de commissions et secrétaires élus.

- ***Les commissions Spécialisées :***

Des commissions spécialisées couvrant les domaines d'intervention du conseil municipal sont constituées au début de chaque mandat pour éclairer l'organe délibérant sur les différents domaines de sa compétence.

- ***L'administration municipale :***

Le Maire est chargé de l'exécution de la délibération du conseil municipal. Il s'appuie pour mener cette action sur l'administration municipale qui comprend : le cabinet du maire et les services rattachés; le secrétariat général.

2. Fonctionnement administratif :

• *Le cabinet et services rattachés :*

Ils sont dirigés par le Directeur de cabinet qui est nommé par le Maire. Le Directeur de cabinet est chargé de faire suivre les grandes orientations données par le maire et de veiller à l'application de la politique municipale. Il coordonne l'ensemble des services rattachés au cabinet :

- la Direction du marché aux poissons (DMP)
- la Direction jeunesse, sport, culture, loisirs et tourisme
- le Service du protocole
- le Bureau de gestion de l'hôtel de Ville
- le Service de presse

• *Le secrétariat général :*

Il est chargé de la coordination des services municipaux. A ce titre, il assure la liaison entre le maire et les services administratifs et techniques. Il transmet les instructions de celui-ci et assure leur exécution correcte. Il s'occupe de la supervision aussi de certains services rattachés (services informatiques, de la planification de l'État-civil et du standard).

Il gère le courrier reçu par le maire ou soumis à sa signature. A cet effet, le bureau du courrier général est placé sous son autorité.

Le secrétariat général est dirigé par un Secrétaire Municipal nommé par le Maire. Il est choisi parmi les fonctionnaires de la hiérarchie A ou agents assimilés.

Il comprend les services suivants :

- le Bureau du courrier
- le Service informatique
- le Service de la planification
- le Service de l'État-civil
- la Direction de l'administration générale et des ressources humaines (DARH);
- la Direction des affaires financières (DAF)
- la Direction des recettes et de la fiscalité (DRF)
- la Direction des affaires sanitaires, sociales et éducatives (DASSE)
- la Direction des services techniques (DST)
- la Direction de la police municipale (DPM)

- *La Direction des affaires sanitaires, sociales et éducatives :*

Elle est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique municipale en matière sanitaire, sociale et éducative en liaison avec les départements ministériels concernés.

En outre, elle est chargée, en collaboration avec les services du Ministère de la santé, de veiller à l'amélioration du cadre de vie, d'assurer la police sanitaire et de prendre toutes les mesures et précautions utiles pour préserver la santé de la population.

Pour mener à bien sa mission, la DASSE s'appuie sur 3 divisions :

- division des Affaires Sanitaires;
- division du Développement Social;
- division de l'Éducation;

RESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 2 : Situation sanitaire :

La gestion du volet sanitaire de la ville de Pikine est réalisée à travers l'existence de deux districts :

- le district de Pikine
- le district de Mbao

Chaque district est administré par un médecin et assisté en cela par l'équipe cadre de district. Au plan épidémiologique certaines pathologies telles que : le paludisme, les affections cutanées, les affections respiratoires, les soins dentaires, les infections intestinales etc. sont les plus fréquemment rencontrées dans la Ville de Pikine.

Cependant, le paludisme reste le principal motif de consultation. Il faut également noter l'augmentation sensible du nombre de cas de tuberculose pulmonaire.

I – Infrastructures :

1. Inventaire :

Les principaux équipements et infrastructures de la ville de Pikine sont constitués par :

- deux (2) centres de santé
- trente trois (33) postes de santé
- douze (12) maternités
- dix (10) cases de santé
- deux (2) sous brigades d'hygiène

Le nombre de lits total est de 206 lits répartis en 41 lits de médecine et 165 lits de maternité.

Par ailleurs, on relève dans la zone de responsabilité de la ville l'existence de :

- un (1) hôpital psychiatrique
- dix sept (17) officines privées
- treize (13) cabinets médicaux
- quatre (04) cliniques privées

Il convient de souligner l'existence d'infirmières d'entreprises, d'infirmières militaires, de centrales d'achats, d'un laboratoire d'analyses médicales.

2. Niveau de desserte des équipements de santé :

a) Centres de santé :

En appliquant les normes de l'OMS un centre de santé pour 100 000 habitants, les besoins de la ville de Pikine pour cet équipement sont estimés à 6 centres pour assurer une prise en charge médicale adéquate de toute la population de la Ville.

L'existant étant de deux (2) centres installés dans les communes d'arrondissement de Pikine Ouest et Diamaguène - Sicap Mbao.

b) Postes de santé :

Le niveau de desserte de la ville par les postes de santé est satisfaisant. La population à charge par poste de santé est en moyenne de 27.105 habitants, soit plus de 2 fois la norme admise par l'OMS (10.000 habitants). Cependant si l'on tient compte du rayon moyen d'action, on constate qu'il ne dépasse pas 5 km ; ce qui est inférieur à la norme. Donc nous pouvons dire qu'aujourd'hui le problème de l'accessibilité des structures de santé à Pikine se pose en terme d'habitants couvert par un poste de santé.

Tableau n° 2 : Répartition des Postes de Santé par Commune d'Arrondissement

Commune d'arrondissement	Postes de santé nécessaires selon la taille de la population	Postes de santé disponibles	Déficit/selon 1PS/ 10000 hts
1. Pikine Ouest	7	3	5
2. Pikine Est	5	2	3
3. Pikine Nord	6	2	4
4. Dalifort	2	1	1
5. Thiaroye/Mer	4	2	2
6. Guinaw Rail sud	3	1	2
7. Guinaw Rail Nord	4	1	3
8. Thiaroye Gare	2	2	0
9. Djida Thiaroye Kao	14	1	11
10. Tivaouane Diack Sao	5	2	4
11. Diam. Sicap Mbaou	9	3	6
12. Yeumbeul Sud	8	2	7
13. Yeumbeul Nord	7	3	5
14. Malika	1	1	0
15. Keur Massar	1	3	-2
16. Mbaou	2	4	0
TOTAL	80	33	51

Source : Audit urbain de la ville de Pikine/cabinet Barry/ADM 2000

Le poste de santé, remplit une fonction de soins de santé primaire. Il constitue un maillon important de la rationalisation de la carte sanitaire.

Le niveau de desserte par ce type d'équipement de proximité varie selon les communes d'arrondissement ce qui reflète le manque de coordination des intervenants sur le terrain qui ne tiennent pas compte souvent des normes.

c) Maternité :

La Ville compte 165 lits de maternités répartis dans 7 Communes d'Arrondissement comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau n° 3: Répartition des lits de maternités par communes d'arrondissement

Commune d'Arrondissement	Nbre de lits par maternité
Malika	10
Keur Massar	11
Mbao	21
Thiaroye Gare	16
Pikine Ouest	38
Tivaouane Diacksao	23
Diamaguène Sicap MBao	15
Yeumbeul Nord	20
Thiaroye/Mer	5
Djida Thiaroye	6
Pikine Est	0
Pikine Nord	0
Dalifort-Foirail	0
Guinaw Rail Sud	0
Guinaw Rail Nord	0
Yeumbeul Sud	0
Total	165

Source : Audit urbain de la Ville de Pikine/cabinet Barry/ADM 2000 notre étude

Le niveau de desserte par les lits de maternité est moyen dans l'ensemble; cependant elle présente de fortes disparités entre les différentes communes d'arrondissement.

II – Personnel de santé :

La situation du personnel de santé a fait l'objet de plusieurs études pour la maîtrise de son effectif réel, de sa répartition en vue du respect des normes de couverture indispensable à l'amélioration de la qualité des services. Le Ministère s'est inscrit dans cette dynamique et a élaboré un plan national de formation qui intègre les besoins de formation initiale et continue.

De plus, malgré les restrictions budgétaires, le Ministère de la santé bénéficie d'un quota spécial pour un recrutement annuel de divers personnel de santé dans l'optique de la résorption du déficit constaté. Cependant, malgré les efforts constatés, la situation est loin d'être satisfaisante comparée aux normes de l'OMS.

En 1999, le Sénégal comptait :

- 1 médecin pour 17 000 habitants,
- 1 infirmier pour 8700 habitants,
- 1 sage femme 4600 femmes en âge de procréer.

Alors que l'OMS préconise :

- 1 médecin pour 5000 à 10 000 habitants,
- 1 infirmier pour 300 habitants
- 1 sage femme pour 300 femmes en âge de procréer

Au niveau de la ville de Pikine, l'analyse de la situation du personnel révèle aussi un déficit surtout pour le personnel qualifié.

Tableau n°4 : répartition du personnel de santé selon l'employeur

Catégories professionnelles	Nombre d'agents	État	Municipalité	Comités de santé
Médecin	5	3	0	2
Chirurgien dentiste	4	4		
Technicien supérieur de santé	10	10	0	0
Sage femme d'État	61	60	1	0
Infirmier d'État	41	41	0	0
Assistant social	1	1	0	0
Agent sanitaire	17	17	0	0
Aide social	1	1	0	0
Aide infirmier	88	3	85	0
Fille de salle	15	1	14	0
Gestionnaire	1	1	0	0
Secrétaire	3	0	3	0
Chauffeur	5	1	4	0
Planton	1	0	1	0
Mancœuvre	4	0	4	0
ASC	274	0	0	274
TOTAL	531	143	112	276

Sources : Rapports 2004 des 2 districts

Les indicateurs d'appréciation de la couverture en personnel analysés sont la population couverte par un médecin et le nombre de femmes en âge de procréer (FAP) par sage femme. Pour les FAP, la couverture en sage femme reste encore faible. Quel que soit par ailleurs les améliorations notées, le nombre de FAP par sage femme dans la ville de Pikine tourne autour de 3227 selon les plans d'action des deux districts et qui est dix fois supérieur à la norme fixée par l'OMS : 300 FAP par sage femmes.

A l'échelle nationale, le nombre FAP est de 3000 pour une sage femme (*Statistique sanitaires et démographiques, 1995/DHSP/ Division des statistiques*).

A la lumière de ces données, il apparaît clairement que les ratios des différents agents de santé sur la population de Pikine sont en dessous des normes fixées par l'OMS. La résultante en est le recours à un personnel d'appui constitué, pour l'essentiel, d'agents de santé communautaire (276 ASC dans les deux districts) rémunérés par les comités de santé. « *De façon générale, presque 20% des recettes globales acquises dans les districts, servent à payer du personnel pour renforcer la capacité des formations sanitaires* » (CICED, 1997 :53).

C'est pourquoi l'action des collectivités locales dans l'appui des structures sanitaires en agents doit être soutenue.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE

REVUE DE LA LITTERATURE ET METHODOLOGIE

Chapitre 1 : Revue de la littérature :

I – Les compétences transférées en matière de santé :

1. Niveau d'implication des collectivités locales :

La décentralisation institutionnelle, en tant que dévolution par l'État de responsabilité et de compétences aux collectivités locales, a été déjà considérablement approfondie par la réforme constitutionnelle de 1994 qui confirmait la libre administration des collectivités locales et leur participation à l'organisation des pouvoirs publics et des libertés.

Son article 90, a inspiré les lois 96-06 et 96-07 du 22 mars 1996 portant respectivement, code des collectivités locales et transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales.

En ce qui concerne la commune , les textes de lois relatifs à son organisation, son fonctionnement et les compétences qui lui sont transférées, confèrent au Conseil Municipal et au Maire des responsabilités importantes, notamment dans l'exécution de certains services publics comme dans l'impulsion et la promotion du développement communal.

Ainsi, selon la loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert des compétences aux collectivités locales, la commune reçoit les compétences suivantes en matière de santé :

- la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé urbains
- la construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé urbains (réf : article 32 de la loi n° 96-07).

Le décret 96-1135 portant application de la loi de transfert de compétence en matière de santé élabore les dispositions d'exercice (voir tableaux ci-dessous) de la compétence de gestion des structures de santé par les Collectivités Locales.

a) *Gestion, entretien et équipement des centres de santé urbains :*

pouvoirs	Organe	Procédures	Références
Gestion des centres de santé urbains	Le Maire	<p>Il préside un comité de gestion comprenant un représentant de la commune, le Président et le Trésorier du comité de santé et le responsable de la structure de santé.</p> <p>Le comité de gestion délibère sur le projet de budget, les comptes, le fonctionnement, les travaux de réparation et les activités sociales des centres et postes de santé.</p> <p>Le maire collabore étroitement avec les services déconcentrés du Ministère de la santé.</p>	Décret n° 96-1135 du 27 décembre 1996. Chapitre II, Section 1, Article 12.
Prise en charge l'équipement, l'entretien et la maintenance des infrastructures, de la logistique des centres et postes santé urbains.	Conseil Municipal	Il délibère sur la base du respect des normes établies en la matière par le Ministre chargé de la santé pour la mobilisation selon des possibilités, les ressources financières budgétaires et extrabudgétaires nécessaires au bon fonctionnement.	Article 13

b) *Construction, gestion, entretien et équipement des postes de santé urbains :*

Organe compétent	Pouvoirs	Procédures	Références
Conseil Municipal	Construction des postes de santé	Il doit se conformer aux plans de développement sanitaire et social et dans le respect des normes établies en la matière. Il délibère pour la mobilisation également des ressources budgétaires et extrabudgétaires nécessaires.	Article 14
Le Maire	Recrutement, administration des personnels d'appoint mis à la disposition des formations sanitaires	Selon la réglementation définie par le Ministère chargé de la santé et ses services déconcentrés. Il assure également la mobilisation des ressources budgétaires nécessaires à la gestion de ce personnel.	Article 15
Le Maire	Avis pour la nomination par le Ministre chargé de la santé des médecins-chefs de centre de santé urbain.	Cette nomination est faite par arrêté ministériel	Article 16
Le Maire	Avis pour la nomination par le Médecin-chef de région des infirmiers chefs de poste de santé urbain		Article 16

Pour atteindre les objectifs visés à travers les compétences transférées dans le domaine de la santé, la décentralisation devra transformer les relations entre l'État et les collectivités locales au moins sur trois points essentiels :

- Opérer une stricte démarcation de l'État et de l'administration par la création de véritables services administratifs locaux;
- Transférer aux collectivités locales des compétences quelles sont, à chaque niveau, à même d'exercer et accompagner ce processus de partage du pouvoir entre l'État et les collectivités locales, du transfert réel des pouvoirs de décision, de gestion et des moyens d'ordre financier, humain et matériel.

2. Contraintes liées à l'exercice des compétences transférées :

a. Contraintes institutionnelles :

Là où le découpage administratif ne coïncide pas au découpage en district pour certaines collectivités locales la ville de Pikine, elle ne souffre pas de cette situation car il y a correspondance parfaite entre la zone d'intervention des deux districts, le territoire de la circonscription administrative départementale et l'air couverte par la ville en tant que collectivité locale.

Par ailleurs, comme le prévoit le code de l'administration communale de 1996, 7 commissions doivent être formées au sein du conseil municipal dont une commission santé. Mais force est de constater que celle de la ville de Pikine et le plus souvent comme celles des autres collectivités locales, ne fonctionnent pas par manque d'engagement des élus locaux.

Cette carence déteint naturellement sur la qualité des interventions des collectivités locales sur les questions de santé.

Cette faiblesse des capacités institutionnelles des collectivités locales est également matérialisée par le fait qu'elles ne disposent pas d'une administration communale structurée à travers des directions techniques pour la prise en charge des compétences transférées.

Il faut dire que Dakar, Pikine, Louga, Thiès et St Louis disposent ou ont créés des embryons d'une administration communale.

Dans toutes les autres communes, un Secrétaire Municipal ou un Secrétaire Général fait office d'administrateur.

b. Maîtrise limitée des élus locaux sur les ressources financières et humaines :

Les entraves à la participation des élus locaux sont d'ordre financières ou relèvent plutôt, en grande partie, d'un manque de maîtrise sur les ressources financières et humaines des structures sanitaires.

Mais, en tout état de cause, les collectivités locales, ayant constaté la modestie de leurs ressources propres, plaident pour que l'État leur trouve des ressources financières additionnelles. Cet appel fort pressant à l'endroit des autorités du pouvoir central, est l'expression d'un manque de stratégies, au niveau des collectivités locales, en vue d'une diversification de leur source de financement.

Il importe en outre de préciser que les facteurs limitant la participation des collectivités locales à la décentralisation de la santé, ne sont pas seule d'ordre financier, une autre raison on la trouve dans l'insuffisance d'un personnel ayant compétences requises pour prendre part à la conception, à la planification et à l'évaluation de la politique sanitaire dans le cadre de l'exécution des compétences transférées dans le domaine de la santé.

Tout autant qu'ils manquent de maîtrise sur les ressources financières, les élus locaux souffrent de l'absence de mainmise sur le personnel de santé. Le fait que celui-ci sauf celui recruté par eux-mêmes ne soit sous leur autorité constitue un handicap de taille. En effet l'absence de relation hiérarchique résultant de cette situation offre toute la latitude aux médecins-chefs de passer outre les directives des élus locaux qui est génératrice de conflits entre ces deux acteurs. Aussi, devient-il justifié le désir des élus locaux de voir les agents de santé affectés dans le personnel des collectivités locales et leur salaires virés dans les comptes de celles-ci.

II – Rôles des différents acteurs :

La décentralisation de la santé au-delà de ces aspects institutionnels, véhicule dans l'imaginaire de chaque acteur individuel et collectif des significations. Celles-ci sont fonction du niveau de connaissance que l'acteur a sur cette politique et des attentes qu'il manifeste à l'endroit de cette dernière. C'est pourquoi, avec la pluralité des acteurs de la décentralisation de la santé et avec comme corollaire la diversité des intérêts, rend nécessaire l'instauration de cadres de coordination et de concertation sur les questions sanitaires. Ces cadres s'offrent comme des espaces de discussions et d'échanges pour anticiper sur les conflits ou les juguler.

L'institution par la circulaire n°1396/MS/IAAD du 25 février 1983 de la cogestion s'inscrit dans cette dynamique. Cette circulaire instaure la cogestion des structures de santé par le comité de santé et les techniciens de santé. La cogestion répondant au souci de mettre fin aux suspicions des agents de santé, lesquelles suspicions résultaient de l'opacité qui entourait la gestion par les comités de santé, des ressources des structures sanitaires.

Cette cogestion a été élargie aux élus locaux, aux maires et aux présidents de conseil régional ou de communauté rurale particulièrement, consécutivement au transfert de compétence. Les articles 12 et 13 du décret n° 96-1135 du 27 décembre 1996 fixe la composition du comité de gestion des structures sanitaires selon qu'il s'agit de centre de santé urbain ou rural. Ainsi, l'article 12 stipule que le Maire préside un comité de gestion comprenant en outre :

- un élu de la collectivité
- le président du comité de santé
- le trésorier du comité de santé
- le responsable de la structure sanitaire

Ainsi importe-t-il de livrer, pour chaque acteur la perception de son rôle.

1. État :

Le principe de « Tout État » a amené les pouvoirs publics à adopter, au lendemain des indépendances une démarche centralisatrice. A la faveur de cette dernière, l'État s'arrogé les prérogatives de définir et de conduire les actions de développement.

Il s'impose comme l'unique instrument approprié pour opérer les changements socio-économiques dans le sens des intérêts des populations. Dans le secteur de la santé, cette approche se traduit par l'élaboration d'une Politique Nationale de Santé selon une démarche interventionniste.

Mais les déséquilibres macro-économiques constatés et qui résultent, en partie d'options politiques inadaptées ont incité les pouvoirs publics à s'inscrire à partir de 1978 dans une perspective de diversification des modes de financement de la santé.

L'adoption en 1978 de la stratégie des soins de santé primaires, consacre la restructuration du système de santé au Sénégal dans le sens d'une décentralisation des services de santé avec comme des fondamentaux la participation communautaire. Déjà la loi n°7225 du 25 avril 1972 qui a créé les

communautés rurales, visait à rapprocher l'administration des administrés par la déconcentration et à promouvoir la participation des populations aux actions de développement.

Toutefois la décentralisation, pour être un processus de transfert de pouvoirs, d'autorités et de ressources, n'est en réalité, dans le domaine de la santé, qu'une déconcentration. En effet, le transfert s'opère certes d'un niveau central au niveau périphérique mais le niveau central n'a fait qu'alléger d'un certain nombre de responsabilités au profit d'une structure sur laquelle, il exerce un pouvoir hiérarchique et qu'il contrôle.

L'État central veille au respect par les différents acteurs de l'application du schéma de la décentralisation de la santé, qu'il a lui-même élaboré et institutionnalisé. En filigrane, il apparaît qu'il est encore du ressort des autorités du niveau central de définir les grandes orientations dans le domaine de la santé.

C'est dans ce sens qu'il faut souligner l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire (PNDSS 1998-2007) dont le Programme Intégré pour la Santé (PDIS 1998-2002) constitue la première phase.

Le niveau central garde toujours les fonctions :

- de définition de politique de santé;
- d'affectation des ressources;
- d'approvisionnement en produits pharmaceutiques
- de réglementation et de contrôle;
- d'appui technique et stratégique aux collectivités locales;
- de coordination de l'action des partenaires.

Il convient de faire remarquer que la tendance pour les autorités au niveau central à entretenir avec les acteurs du niveau périphérique des relations hiérarchiques et à exercer sur eux, un contrôle permanent n'est pas sans susciter des interrogations, surtout dans le contexte de transfert de compétences.

Pour mieux s'adapter au nouveau contexte l'État a procédé à la restructuration de certains Ministère qui sont impliqués dans ce processus (décret n°2000-834 du 10 octobre 2000 pour le Ministère de la Décentralisation; décret du 2 décembre 1998 pour le Ministère de la Santé).

2. Collectivités locales :

A la faveur de la loi du 96-07 du 22 mars 1996, l'État transfère aux collectivités locales neuf domaines de compétences dont celui de la santé.

Les collectivités locales acquièrent ainsi la compétence de participer à la définition et à l'exécution de la politique de santé. Les plans régionaux de développement intégré, les plans d'investissement communaux (PIC) et plan locaux de développement dont l'élaboration et l'exécution relèvent respectivement de la région, de la commune et de la communauté rurale, doivent intégrer les plans de développement sanitaire des différents niveaux.

Si la décentralisation dans le domaine de la santé est synonyme d'un surcroît de responsabilités pour les élus locaux, ceux-ci n'en éprouvent pas moins de difficultés pour mener à bien leur mission.

Il convient de préciser que l'obligation faite aux collectivités locales de participer au fonctionnement du système sanitaire est antérieure à la réforme de 1996. La loi 72-25 du 19 avril 1972 modifiée en son article 80 par la loi 83-59 du 13 juin 1983 astreint les communes et les communautés rurales à contribuer en équipement, en personnel et en médicaments à hauteur respectivement de 9% et 8% de leur recette. A l'exception de la ville de Dakar, cette exigence n'est pas respectée par la plus part des collectivités locales. A Pikine les dépenses de santé représentent 6% du budget 2004.

En outre, il faut noter la présence encore marquée de l'État notamment dans la répartition des ressources. En effet, c'est l'État qui continue de déterminer la clé de répartition des ressources inscrites au titre de fonds de dotation alloués aux domaines transférés, notamment à la santé.

La situation actuelle au niveau des collectivités locales montre en termes clairs une absence ou une insuffisance de prévision dans les budgets des collectivités locales, bien que les dépenses de santé induites par le transfert de la compétence santé rentrent incontestablement dans la nomenclature des dépenses obligatoires.

Par ailleurs, l'ignorance de leurs rôles et responsabilités n'est pas sans porter préjudice aux élus locaux quant à leur aptitude à gérer convenablement la compétence transférée « santé ». Cela se manifeste souvent par l'absence de prise de responsabilité pour mettre en place des organes prévus par la loi (comité de gestion) et le non implication dans les prises de décisions concernant les structures de santé étant sous leur responsabilité.

3. Populations :

L'analyse de la DS ne peut prétendre à une exhaustivité sans une saisie des perceptions et attentes des populations dont la participation est sollicitée.

C'est à travers les comités de santé dont le fonctionnement est défini par le décret 92-118 du 18 janvier 1992 que les populations utilisatrices des services de santé peuvent exercer son influence afin que ces services répondent à ses besoins.

Trois rôles leurs sont assignés :

- la promotion de la santé des individus, des familles et des communautés,
- la mobilisation des communautés locales en vue du développement sanitaire,
- l'amélioration de la prestation des services pour satisfaire les besoins des populations.

Si les comités de santé, dans leur essence, sont l'émanation des populations dont ils sont censés représenter et de par delà défendre les intérêts, ces dernières méconnaissent, dans une très large mesure, l'existence des comités de santé.

Ainsi de par leur mission, des ressources qu'ils détiennent et des rôles qu'ils continuent de jouer dans les services locaux de santé depuis plusieurs décennies, on comprend que les comités de santé soient identifiés par le nouveau dispositif institutionnel de la décentralisation comme des partenaires privilégiés de la collectivité locale dans l'exercice de la compétence gestion des structures de santé.

Ce partenariat va désormais s'exercer au tour du comité de gestion dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus par le décret n° 96-1135 du 27 décembre 1996. Il constitue un cadre institutionnel de concertation entre les responsables des collectivités locales, les responsables des structures sanitaires et ceux des comités de santé.

De part ses attributions et les compétences qui lui sont conférées par la loi, le comité de gestion a pour mission de coordonner et d'organiser le fonctionnement de la structure de santé en vue d'améliorer les conditions d'existence et de travail. Il vise également par ses actions de faciliter l'accès à la structure et aux soins et de trouver des moyens ou ressources additionnelles nécessaires à son bon fonctionnement.

Le suivi et l'évaluation des activités sera organisé par le comité de gestion qui doit aussi veiller à la participation des populations à la détermination des besoins, à l'implication de la communauté dans la prise de décision, à l'implication des différents acteurs à la mobilisation et à l'utilisation des ressources financières et humaines. Il veillera également à l'organisation et à la restitution des résultats de monitoring et s'impliquera dans la planification des activités concernant la santé dans le territoire de la collectivité locale.

Cependant, des dysfonctionnements, des contraintes et des problèmes existent et principalement avec l'évènement de la décentralisation qui entraîne une nouvelle donne, à savoir le transfert de la compétence santé aux collectivités locales. Ainsi, les points suivants doivent être améliorés dans la gestion et le fonctionnement des comités de santé :

- l'élaboration de plan d'actions semestriel pour fixer des objectifs et les activités à réaliser pour les atteindre pour être en phase avec les comités de santé qui rendent compte de leurs activités semestriellement,
- la planification et l'exécution de la supervision des comités de santé avec des instruments fiables,
- l'organisation de réunions périodiques avec procès verbal à l'appui à transmettre à l'autorité de tutelle,
- la tenue régulière et à bonne date les assemblées générales et des séances de renouvellement
- la révision des textes en tenant compte des nouvelles donnes (décentralisation, transfert de compétence) et également et le bénévolat des responsables qui brassent des sommes importantes.

Mais avec le comité de gestion dans lequel les populations sont doublement représentées (élus locaux et membres du comité de santé) on dispose de moyens pour faire une politique de promotion de l'accessibilité et de l'équité, objectif dont l'atteinte est facilitée par la gestion de proximité.

4. Personnel de santé :

En effet, le transfert de compétence aux collectivités locales ne c'est pas fait avec le transfert des ressources et de l'autorité qui constitue un pilier central de la décentralisation. Les responsables de structures sanitaires restent encore sous la tutelle de l'autorité administrative. Ce qui ne favorise pas toujours leur rapport avec les autres acteurs de la décentralisation.

L'appréciation que le personnel de santé porte sur la DS est largement tributaire de la connaissance qu'il a de la philosophie qui sous-tend cette réforme et des objectifs qu'elle poursuit. Or le niveau de connaissance des agents de santé sur la DS est faible.

Le contact plus marqué avec les populations auquel invite la DS induit un réajustement des comportements des agents de santé. La DS n'est donc pas vécu comme une épée Damoclès mais comme une exigence d'ouverture et de responsabilités des agents de santé.

C'est pourquoi, la situation du personnel de santé et son appréciation de la décentralisation sont d'une grande importance dans la réussite du processus et dans la gestion des structures de santé dont il a la charge. Les agents de santé doivent adhérer à la DS en ce que celle-ci appelle à une gestion participative des formations sanitaires et subséquemment à une responsabilisation accrue des agents de santé. Toutefois, assumer ces responsabilités requiert une efficacité et des capacités humaines qui non pas été mobilisées avant l'application de la DS.

5. Partenaires au développement :

L'exécution correcte de la politique nationale de santé a obligé les pouvoirs publics à solliciter l'appui de pays et d'institutions avec lesquels le Sénégal est lié par des accords de coopération. L'ampleur des attentes inversement proportionnelles aux ressources financières disponibles, justifie la pertinence de cette action qui s'est traduite par l'engagement de nombreux pays, institutions de financement et agences de coopération en faveur du secteur de la santé.

Il apparaît à la lumière des données disponibles, que la coopération bilatérale et multilatérale est un appoint important à la mise en oeuvre par l'État de nombreux projets dans le domaine de la santé. Le budget du PDIS qui est estimé à 229 milliards FCFA permet de mieux apprécier l'importance de l'appui extérieur.

Le financement de 30% du budget du PDIS représentant 67,832 milliards de FCFA est attendu des partenaires au développement (Ministère de la santé, rapport 1998). Ceux-ci prennent une part active au financement, à l'organisation et au renforcement des capacités du système de santé.

Tous les acteurs rencontrés s'accordent sur l'importance de la contribution des partenaires au développement. Au niveau du personnel de santé, par exemple, il est récurrent de les entendre faire l'apologie de l'innervation de

ceux-ci. Ainsi, au centre de santé de Dominique à Pikine, un agent du service « santé de la reproduction » n'a pu se passer de rappeler l'appui du Programme de Développement des Ressources Humaine / Santé (PDRH) pour l'équipement de son service.

Par ailleurs, la présence des bailleurs de fonds est un motif d'encouragement à la participation des populations à l'effort de santé. En effet, la conscience acquise par les populations que les bailleurs de fonds sont enclins à financer des initiatives en matière de santé, les incite à s'investir dans les actions de sensibilisation et de mobilisation en rapport avec la santé. En guise d'illustration, le dynamisme des relais du district de Pikine n'est sans rapport avec l'appui de la GTZ (coopération allemande) et du Plan International notamment.

En dépit du satisfecit dont bénéficient les interventions des partenaires, il convient toutefois de relever les difficultés d'harmonisation liées à la diversité des procédures utilisées par les bailleurs.

Quant à la coopération décentralisée, le chapitre III du titre 1^{er} du code des collectivités locales prévoit le principe de la coopération décentralisée. Dans la pratique les actions de coopération décentralisée sont entreprises par les collectivités locales.

Dans le secteur de la santé, il est difficile d'en établir le bilan. Mais celui-ci est mitigé et produit des résultats jugés très insuffisants, d'après les entretiens qu'on a eu avec les acteurs.

De façon générale, on ne dispose pas d'éléments fiables pour mesurer les indicateurs de la coopération décentralisée. Pourtant, l'article 3 du décret n° 96-118 du 27 décembre 1996 assigne au Conseil National de Développement des Collectivités Locales (CNDCL) la mission d'établir un état annuel de la coopération décentralisée.

III – Financement des compétences transférées:

1. Le fonds de dotation de la décentralisation (FDD) :

Le fonds de dotation de la décentralisation est régi par les articles 58, 59 et 60 de la loi n° 96-07 du 22 mars 1996 et le décret n° 96-1126 du 27 décembre 1996 fixant les critères de répartition du fonds de dotation à la décentralisation.

Les critères de sa répartition reposent sur trois principes :

- la compensation aux charges de transfert de compétences;
- l'allocation aux régions pour le fonctionnement de leurs organes et services propres;
- l'allocation aux services extérieurs de l'État mis à la disposition des Collectivités Locales.

Ces critères sont reprecisés chaque année par décret spécifique fixant les critères de répartition du FDD.

Pour la répartition du FDD, il y a certaines procédures à respecter :

- réunion du Conseil National de Développement des Collectivités Locales (CNDCL) au plus tard à la fin du mois de février de chaque année pour l'examen des critères de répartition;
- signature du décret fixant les critères de répartition après avis du CNDCL;
- détermination de la dotation effective de chaque collectivité locale par arrêté conjoint du Ministère chargé des collectivités locales et du Ministère de l'économie et des finances;
- notification, par le Ministère chargé des collectivités locales, des allocations aux régions, communes et communautés rurales;
- délibération des conseils régionaux, municipaux et ruraux pour l'affectation et le vote du budget.

Comme il apparaît dans ce processus, le Ministère de la santé n'est pas directement impliqué dans l'allocation des ressources aux structures transférées. Aussi, des problèmes ont été notés dans la répartition et l'exécution du FDD, ce qui a justifié la signature de la circulaire n°2014 MEFP/MINT/DTCP/DCL/BFCL du 01 décembre 1998 relative au respect des allocations initiales dans l'affectation du FDD.

Toutefois, depuis la gestion 1998, dans le cadre de la répartition des mesures nouvelles et sur la base des éléments de coûts unitaires issus des travaux sur les budgets fonctionnels, une dotation supplémentaire de 90 620 000 FCFA a été affectée aux districts sanitaires en tant que structures administratives, pour appuyer leurs activités de supervision et de coordination.

En général les élus n'apprécient pas le niveau de financement du FDD et les critères de sa répartition qui leurs sont imposés même si ceux-là sont déterminés par le CNDCL dont ils sont membres.

Par ailleurs, on peut signaler à ce propos qu'un décret fixant les modalités de répartition du FDD de la ville aux communes d'arrondissement a été pris.

Dans le secteur de la santé, la région reçoit les fonds affectés au fonctionnement des hôpitaux régionaux et départementaux, de la brigade régionale d'hygiène, du bureau régional de l'Éducation pour la Santé et des districts polarisés par les centres de santé ruraux, tandis que la commune reçoit les fonds affectés au fonctionnement des districts polarisés par un centre de santé urbain.

Tableau n°5 : Fonds de dotation de la décentralisation /santé de la Ville de Pikine 1998/2003 en francs CFA

1998	1999	2000	2001	2002	2003
53755960	66945228	70324998	70905717	107114431(1)	73027725

(1) : dans cette enveloppe il y a 38 079 402 F de prime de motivation du personnel de santé versée par l'État

2. Les collectivités locales :

Le principe qui se dégage de la lecture des textes sur la décentralisation est que les dépenses liées à l'exercice de la compétence santé sont de jure obligatoires. Le régime juridique des dépenses obligatoires se dégage d'une lecture combinée des articles 257, 258 et 259 du Code des Collectivités Locales.

En vertu de l'article 257, les dépenses obligatoires sont celles qui doivent figurer au budget, soit parce que la loi l'impose, soit elle fait obligation aux collectivités locales d'inscrire à leur budget des dépenses correspondant à des programmes inscrits au plan de développement.

A travers le chapitre 451 de la nomenclature budgétaire, les dépenses de santé induites par le transfert de compétence rentrent incontestablement dans le budget de la collectivité locale. Cependant, force est de constater que ces dispositions demeurent parfois « lettre morte » dans la pratique. Cela, on peut l'imputer entre autres à la maîtrise limitée des collectivités locales sur les ressources financières.

Mais, en tout état de cause, les collectivités locales, ayant constaté la modestie de leurs ressources propres, plaident pour que l'État central leur « trouve des sources financières supplémentaires ». Cet appel fort pressant à l'endroit des autorités du pouvoir central est l'expression d'un manque de stratégies, au niveau des collectivités locales, en vue d'une diversification de leur source de financement.

Pour ce qui est de la ville de Pikine l'essentiel de son appui supporte les salaires versés aux personnels d'appoint recrutés par elle même. En moyenne 8 à 10% de son budget est alloué à la santé.

Tableau n°6 : Part de la santé dans le budget de la Ville de Pikine (en FCA)

Années	Personnel	Fonctionnement	Total	Budget approuvé	Part de la santé en %
1998	217 898 631	56 151 488	274 050 119	1 975 000 000	13,87
1999	ND	ND	ND	ND	Nd
2000	130 167 431	69 165 519	199 332 950	2 350 225 000	8,48
2001	136 409 011	70 687 667	207 096 678	2 350 225 000	8,81
2002	152 400 000	136 971 169	289 371 169	2 818 401 521	10,26
2003	184 576 544	50 593 935	235 170 479	3 231 500 000	7,27

Source : Direction des affaires financières de la ville de Pikine

3. Les comités de santé :

Dans la plus part des collectivités locales, seules les comités de santé supportent l'effort de financement de la santé par la contribution communautaire. Les ressources issues de la participation communautaire proviennent pour l'essentiel, de la vente des tickets de prestations qui sont ensuite réinjectées dans le circuit sanitaire sous forme de dépenses de fonctionnement et d'investissement.

C'est ainsi que les comités de santé sont devenus les principaux pourvoyeurs de fonds des structures de santé. Cette prérogative qui s'affirme de plus en plus contribue à confiner les membres du comité de santé à un rôle de gestionnaire de fonds au détriment des actions de sensibilisation des populations et de mobilisation sociale en faveur de la santé dont ils ont la charge.

Ainsi, au regard des nombreux problèmes que soulève le fonctionnement des comités de santé, il a été introduit dans le circuit administratif d'approbation un projet de décret pour moderniser le cadre juridique des comités de santé et les adapter au nouveau contexte de la décentralisation.

L'articulation pertinente qu'il faut établir entre le comité de santé et le nouveau contexte de la décentralisation, passe par la mise en œuvre des fonctions instrumentales des comités de gestion qui sont des cadres institutionnels de concertation entre élus, responsable de structure de santé et comité de santé et prévus par la loi de la décentralisation.

Mobiliser des ressources additionnelles en faveur du développement sanitaire des collectivités locales est devenu un impératif bien que les ressources engendrées par l'initiative de Bamako aient apporté un appoint précieux aux structures de santé, celles-ci restent souvent insuffisantes. Ainsi, le comité de gestion peut être amené à rechercher d'autres ressources en sus des ressources traditionnelles.

Tableau n°7 : Situation financière des 2 districts (1998-2002):

Rubriques					
DISTRICT DE MBAO	1998	1999	2000	2001	2002
Recettes consultations	25 728 050	27 151 110	27 169 050	30 670 200	28 506 326
Recettes médicaments	58 761 030	51 404 526	55 147 044	68 899 827	92 161 109
Recettes hospitalisations	20 111 000	21 086 500	14 297 600	29 221 400	26 411 555
Recettes autres	71 236 729	64 172 450	0	81 772 855	85 189 485
Recettes totales	150108759	163814586	96 613 694	210564282	232268475
DISTRICT DE PIKINE					
Recettes consultations	54 468 950	77 703 262	62 384 055	68 620 040	83818360
Recettes médicaments	87 698 059	56 401 610	72 755 906	75 948 373	92 994 840
Recettes hospitalisations	3 882 080	3 785 200	4 202 500	3 938 700	2 536 600
Recettes autres	10 756 400	9 269 676	9 649 803	15 426 495	8 083 310
Recettes totales	156805489	147159748	148992201	163933608	187133110
RECETTES GENERALES DES 2 DISTRICTS	306914 248	310974334	245605895	374497890	419401585

Source : rapports monitoring des deux districts

4. Les projets de réforme de la fiscalité locale :

Les mécanismes de transfert de ressources prévus par le droit de la décentralisation pour compenser les transferts de compétences sont les dotations et le transfert de fiscalité.

Si les dotations sont effectives, leur montant et leur disponibilité ne permettent pas aux collectivités locales de faire face à leurs charges.

Le transfert de fiscalité qui devait compenser les budgets locaux n'est pas encore effectif.

Les pouvoirs publics ont privilégié en l'espèce la prudence en engageant réflexion, études et concertations avant d'engager la réforme de la fiscalité locale.

Une des études qui concerne l'établissement du diagnostic et financée par l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) révèle :

- 1) seulement 17% des personnes morales et 26% des personnes physiques pensent que les services rendus par les collectivités locales sont conformes à la préoccupation des populations. *Parmi les services déjà offerts aux personnes interrogées, celles-ci préfèrent dans l'ordre les infrastructures de santé (95%), les écoles (67%), les marchés (52%) et les branchements d'eau potable (47%).*
- 2) *Et lorsque l'on demande aux contribuables de nommer les services pour lesquels ils seraient prêts à payer le prix, 78% des individus se disent prêts à payer pour l'hôpital, le centre de santé ou le poste de santé (V; MEFP. on se prend en main. Résumé de l'étude sur la fiscalité locale au Sénégal P. 35, 36).*

A la lumière de ces considérations, on peut conclure que la réforme fiscale qui s'articule au tour de deux grands axes : le nettoyage de l'arsenal fiscal, de nouvelles propositions plus adaptées au contexte de la décentralisation, devrait bénéficier principalement à la santé car les contribuables sont majoritairement prêts à payer plus, d'abord et avant tout, pour ce secteur social.

Pourtant, il faut reconnaître que les nouvelles recettes fiscales qui seront induites par la réforme peuvent, en vertu des principes de « l'unité de caisse » et de la non affectation des recettes, ne pas profiter à la santé. Il faudra aménager des techniques fiscales et budgétaires spécifiques pour que la santé ne soit pas « l'oubliée » de la prochaine redistribution des recettes fiscales.

IV – Structures d'appui aux collectivités locales :

L'analyse de l'implication des collectivités locales dans le secteur de la santé ne peut être exhaustive sans prendre en compte les actions menées par les programmes d'appui à la décentralisation ou réalisés dans le cadre de la coopération décentralisée.

A cet effet, il est important de signaler que le gouvernement du Sénégal a mis en oeuvre, avec l'appui des partenaires au développement, un certain nombre de programmes pour accompagner et appuyer les collectivités locales dans leur mission de développement dont on peut entre autres citer : l'Agence de Développement Municipal (ADM) et le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS).

1. Agence de Développement Municipal (ADM) :

L'ADM est une association de droit privé est financée par la Banque Mondiale et l'État du Sénégal dont le fonctionnement est basée sur les principaux fondement dont : l'indépendance, l'impartialité, l'économie et surtout l'efficacité.

L'intervention de l'ADM est conditionnée à la signature d'un contrat de ville entre l'ADM et les communes et cela après la réalisation d'un audit organisationnel et financier et d'un audit urbain.

Le programme d'investissement prioritaire (PIP) qui est un des volets du programme d'appui aux communes (PAC) offre aux collectivités locales l'opportunité de relever entre autres leur niveau d'équipements sanitaires. Toutefois, si l'ADM assure la construction d'infrastructures sanitaires, elle ne couvre pas ni les charges résultant de la mise en place du personnel ni l'entretien de l'infrastructure sanitaire. Cependant, il est prévu dans le cadre du PAC un volet programme d'entretien prioritaire (PEP) qui a pour objectif principal la pérennisation des équipements et infrastructures par une prise en compte effective des charges récurrentes d'entretien par la collectivité locale.

2. Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS) :

Le PDIS constitue l'aboutissement à la fois des expériences et des réflexions de l'ensemble des intervenants au secteur sur le contenu et les modalités de mise en œuvre d'une politique et d'une stratégie pour améliorer l'état de santé des populations. La réussite de cette approche de programme sectoriel dépend de la collaboration étroite entre le Ministère de la santé, les collectivités locales, les populations et la communauté des partenaires au développement.

C'est dans ce cadre que s'inscrit l'organisation cyclique de rencontres entre les élus locaux et les techniciens du Ministère de la santé afin d'identifier les problèmes résultant de l'application de la décentralisation dans le secteur de la santé pour apporter les solutions idoines.

Le coût total du PDIS est estimé à 229 milliards de FCA et financé à, partir de quatre sources :

- l'État, au travers de son budget pour 53,9%;
- les populations, au travers du recouvrement des coûts : paiement direct (paiement au moment de l'acte) et paiement indirect au travers des mécanismes de prévoyances (mutuelles, IPM) pour 10%;
- les collectivités locales 5,6%;
- les partenaires au développement 29,6%;

Dans le cadre des rencontres avec les élus locaux, un forum sur « PDIS et décentralisation » a été organisé le 2 et 3 février 2000 et à l'issue de la rencontre, il a été institué un Comité de suivi des recommandations du forum. Ce comité a élaboré un plan d'action qui est assorti d'un échéancier d'exécution précis et s'articule autour de trois objectifs dont chacun se décline en un nombre d'activités précises :

- renforcer les capacités managériales des élus locaux et des différents acteurs impliqués dans la décentralisation;
- améliorer la gestion du processus de la décentralisation dans le secteur de la santé;
- renforcer les capacités financières des structures sanitaires.

Au demeurant, les actions du PDIS s'articulent autour du paradigme suivant : la supervision et la coordination des interventions dans le domaine sanitaire. Le PDIS doit s'orienter à éviter la dispersion des décisions d'investissement et les capacités de soutien des charges récurrentes. Il s'agit de réorienter la réflexion en tenant compte d'une situation : en ce qui concerne les infrastructures sanitaires, le problème est moins d'en construire encore que de bien faire fonctionner celles déjà existantes. Méconnaître ou négliger cette réalité consiste à aggraver le gap entre les ressources humaines nécessaires (et non disponibles) et les structures sanitaires existantes.

Cette coordination d'ensemble qui doit être effectuée par le PDIS fait souvent défaut. L'une des explications de cette situation est liée à la non disponibilité du référentiel par excellence qu'est la carte sanitaire.

Selon l'article 18 de la loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant réforme hospitalière, qui définit curieusement la carte sanitaire : « la carte établie après consultation du Conseil National et les Conseils Régionaux de la santé a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. La carte sanitaire est établie sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales, après une analyse quantitative de l'offre de soins existante.

La carte sanitaire, actualisée au moins tous les cinq ans, fait l'objet d'un arrêté du Ministère de la santé. La finalisation et la disponibilité de la carte sanitaire permettraient l'existence d'un instrument de légitimation technique et sociopolitique de la coordination des interventions sanitaires à l'échelon national.

V – Notion d'accessibilité aux soins :

1. Accessibilité financière :

L'accessibilité financière va être analysée sous l'angle des coûts des prestations et d'accès aux médicaments. C'est pourquoi cette analyse mérite d'accorder une place de choix aux points de vue et vécus des populations dont la participation est sollicitée et surtout des couches sociales les plus démunies.

Donc pour notre étude nous la définissons comme étant **la possibilité pour un individu de pouvoir payer les tarifs fixés pour les prestations offertes par une structure sanitaire sans compromettre à long terme sa situation financière.**

2. Accessibilité géographique :

Une bonne accessibilité géographique, implique que les populations puissent se rendre à pied ou faire le voyage en moins d'une heure jusqu'aux centres de santé (Banque Mondiale; 1997 : 32). Le Sénégal, occupait en 1995 la huitième place sur la liste des pays de l'Afrique subsaharienne à faible accessibilité géographique aux services de santé c'est-à-dire que les pays avec moins de 90% de la population à moins d'une heure de voyage des services de santé (Banque Mondiale, 1997 : 39). La norme d'accessibilité géographique fixée par l'OMS est de 5 kilomètres entre la résidence et la formation sanitaire.

Cette norme n'est pas effective au Sénégal où les usagers étaient obligés de faire 9,1 km en moyenne en 1996 pour trouver un poste de santé qui, en raison de son importance dans le système de santé, doit être proche des populations.

Les assises nationales sur la santé en juillet 2000, ont été l'occasion de faire le point de la situation sanitaire en termes notamment d'infrastructures.

L'unanimité a été faite sur l'importance des efforts consentis pour le développement des structures sanitaires. Cependant, la couverture en infrastructures est encore loin des normes préconisées par l'OMS (un hôpital pour 150 000 habitants, un centre de santé pour 50 000 habitants et un poste de santé pour 10 000 habitants).

En dernière analyse, il importe d'articuler la réflexion sur les déterminants des recours à un service de santé, avec d'autres considérations, autre que la couverture sanitaire dont le corollaire est la proximité entre la structure et les bénéficiaires.

A cet effet et comme le souligne l'étude sur l'initiative 20-20 « *la fréquentation d'une structure de santé si moderne soit-elle, n'est pas directement déterminée par sa localisation, mais plutôt l'existence d'un réseau de connaissances ou de relations de parenté entre les populations et les membres du personnel* » (Ministère du Plan/PNUD/UNICEF, 2000 :58). L'étude portant sur l'équité dans l'accès aux services de santé urbains dans la région de Dakar effectuée en 1996 avait déjà conclu que les centres de santé se présentaient, au regard des populations, comme un système clos aux individus qui n'avaient pas recours à un tiers. « Aussi la médiation sociale est investie comme stratégie d'accession aux services de santé » (Fall A.S. 1999 :12)

Chapitre 2 : Méthodologie de la recherche

I. Population étudiée :

La population concernée par cette étude comprend 4 groupes :

- les élus locaux (conseillers municipaux)
- les professionnels de la santé
- les utilisateurs (patients)
- le comité de santé (le Président)

Ces groupes ont été choisis du fait qu'ils sont parmi les principaux acteurs du système de santé décentralisé.

L'enquête, qui a pour objectif d'identifier les facteurs favorisant l'accessibilité aux soins en s'appuyant sur les compétences transférées dans le domaine sanitaire aux collectivités locales et en particulier à la ville de Pikine, va nous permettre aussi d'avoir la perception des différents acteurs pour assurer cette accessibilité.

II Type d'enquête :

Il s'agit d'une enquête transversale avec des questions à réponses fermées uniques et des questions à réponses fermées multiples.

a. Echantillonnage :

Nous avons choisi l'échantillonnage par choix raisonné qui est un échantillonnage non probabiliste dont le but est de constituer des sous-ensembles des populations cibles qui reproduisent le plus possible les caractéristiques de ces dernières.

Nous avons choisi cette méthode pour 2 raisons fondamentales :

- l'impossibilité d'utiliser la méthode des quotas
- la non disponibilité de ressources pour mener une étude sur une grande échelle.

Tout en restreignant le nombre de sujets sélectionnés, cette méthode vise à augmenter l'utilité de l'information.

Mais, cette méthode a des limites dues au problème de la validité et donc une difficulté de généralisation à la population.

Elus :

Sur une population de 90 conseillers municipaux nous avons choisi par tirage aléatoire simple 45 conseillers soit 50% de l'effectif.

Utilisateurs :

La population concernée est le nombre de consultants pour le 2ème semestre 2004 dans les deux districts de la ville de Pikine.

Tableau N°1 : nombre de consultants en moyenne

District	Consultants /semestre	Consultants /mois	Consultants /jour	Nbre de structures	Consultants/ jour/structures
Pikine	84 321	14 053	468	20	23
Mbao	48 829	8 138	271	14	19
Total	133 150	22 191	739	34	21

Source : Rapport monitoring second semestre 2004 des 2 districts

Notre étude va se baser sur le nombre de consultants de 18 structures de santé (16 postes et 2 centres de santé). Les 16 postes, ont été choisies sur la base d'une structure par Commune d'Arrondissement (CA) plus les 2 centres de santé que compte la Ville de Pikine.

Dans les CA où il y a plus d'un poste de santé, nous avons procédé pour le choix d'un poste de santé à un tirage au hasard.

Quant à la population enquêtée nous avons tiré au hasard 6 consultants au niveau du tri par formation sanitaire soit une population de 108 utilisateurs.

Car sur la base des données disponibles, nous avons 34 structures sanitaires publiques dans les deux districts ce qui nous donne en moyenne 21 consultants par formation sanitaire (Nbre de consultants/jour / Nbre de structures).

Pour les 18 structures choisies, on a en moyenne : 21 consultants/jour x 18 structures sanitaires soit 378 consultants/jour en moyenne qui représente notre population cible.

Donc le taux de sondage ou le coefficient d'échantillonnage est de : population enquêtée / population cible soit $108/378 = 0,29$.

Notre choix ici est de 1 consultant sur 3 au hasard.

Professionnels :

Pour chacune des 18 formations sanitaires faisant l'objet de notre terrain d'étude, nous avons choisi un professionnel en l'occurrence le responsable de la structure.

Comité de santé :

C'est le même procédé que le choix des professionnels c'est-à-dire donc le Président.

III Technique et instruments d'enquête :

- *Technique* : il s'agit de l'administration d'un questionnaire avec exploitation informatique.
- *Instrument* : les informations ont été collectées à l'aide de quatre questionnaires destinés : aux utilisateurs, aux élus locaux, aux professionnels de la santé et aux comités de santé.

IV Collecte :

Elle a été faite par des interviews structurées à l'aide des questionnaires. Pour les utilisateurs, l'enquête a été effectuée au niveau des structures sanitaires.

V Le traitement des données :

Les données de l'enquête ont été traitées avec le logiciel Épi Info version 3.2 du 04 février 2004

VI Définition des variables :

A partir des objectifs et des hypothèses, les variables sont ainsi définies :

Les variables dépendantes :

- l'accessibilité financière par rapport au revenu des patients
- l'accessibilité géographique selon les norme de l'OMS

Les variables indépendantes :

- équipement médical disponible
- ressources humaines qualifiées médecins, infirmiers...
- médicaments essentiels disponibles
- infrastructures postes de santé, centre de santé et maternité

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TROISIEME PARTIE

PRESENTATION, ANALYSE ET COMMENTAIRE DES RESULTATS

Chapitre 1 : Présentation des résultats de l'enquête :

Dans la méthodologie, un seul instrument a été utilisé pour tester les hypothèses. C'est ainsi qu'un questionnaire a été administré à 108 utilisateurs. Il faut noter que seules 107 réponses ont été traitées du fait que des incohérences et des informations incomplètes n'ont pas permis d'exploiter l'autre questionnaire.

Pendant l'administration du questionnaire, des discussions ont été provoquées pour éclaircir certaines réponses et des observations des prospects ont été notées.

Quant aux élus locaux, les professionnels et les comités de santé, l'administration directe du questionnaire prévue dans la méthodologie, n'a pas pu être faite.

En effet, un problème de disponibilité a été évoquée par la plus part des concernés. C'est pourquoi, les questionnaires ont été remis aux prospects qui les ont retournés au bout de deux à trois semaines

L'analyse a porté essentiellement sur le calcul des fréquences absolues et relatives et sur quelques études de relations en utilisant le test d'indépendance pour apprécier les types de relations entre les variables définies dans nos hypothèses de recherche.

I. Utilisateur :

1. Identification :

Pour les 107 questionnaires traités :

80,4% sont de sexe féminin

56,1% sont des ménagères

96,3% résident à Pikine

Les résultats de l'enquête montrent que plus de 80% des patients sont du sexe féminin et plus de la moitié n'ont pas d'activité rémunératrice.

2. Changements constatés liés à la décentralisation :

D'après les résultats de l'enquête, 83,2% des utilisateurs pensent qu'il n'y a aucun changement avec la décentralisation sur les tarifs pratiqués au niveau des formations sanitaires. Cependant, 71% constatent un changement positif sur la qualité des prestations offertes.

Tableau 1 : Changements observés

Critères	OUI	NON	TOTAL
Tarif des prestations	16,8 %	83,2%	100%
Qualité des soins	71%	29%	100%

La question contrôle à savoir : comment trouvez-vous les tarifs des consultations? 30,2% des patients pensent qu'il n'y a pas changement, 35,8% pensent que les tarifs sont moyens élevés et 34% pensent qu'ils sont plus élevés.

3. Appréciation de l'amélioration de la prise en charge :

Pour les enquêtés cette amélioration passerait pour 84,1% par l'accessibilité aux médicaments.

Quant à augmenter les structures sanitaires pour assurer cette amélioration 97,2% ont répondu négativement. La question contrôle sur le fait de prendre un moyen de transport pour aller se soigner renforce cette appréciation négative d'augmenter les structures sanitaires car 69,2% ne prennent le transport pour aller se soigner et que 59,8% habitent proche d'une structure sanitaire.

Tableau 2 : Comment amélioré la prise en charge

Conditions	OUI	NON	Total
Augmenter les structures sanitaires	2,8%	97,2%	100%
Médicaments accessibles	84,1%	15,9%	100%

La question à savoir combien payez- vous en moyenne par ordonnance 35,3% payent en moyenne 7500 F

4. Rôle de la Ville de Pikine :

Les résultats issus de l'enquête montrent que 60,7% des utilisateurs pensent que la Ville doit subventionner les médicaments et il n'y a que 10,3% qui pensent qu'il faut construire des structures sanitaires.

Tableau 3 : Actions que doit mener une collectivité locale

Actions	OUI	NON	Total
Appuyer le développement des mutuelles		100%	100%
Construire des structures sanitaires	10,3%	89,7%	100%
Recruter du personnel qualifié	18,7%	81,3%	100%
Renforcer l'équipement	36,4%	63,6%	100%
Subventionner les médicaments	60,7%	39,3%	100%

Pendant ce temps à la question de savoir serez-vous prêt à adhérer à une mutuelle de santé ? 92,4% des patients interrogés sont prêts à adhérer à une mutuelle même si à 100% ils pensent que l'appui de la collectivité ne doit pas en priorité aller au développement des mutuelles mais plutôt à la subvention des médicaments.

II. Professionnel de santé :

L'enquête a concernée 1 Médecin, 9 Infirmiers, 3 Sages-femmes et 5 Techniciens supérieures de santé. La particularité de cette enquête c'est qu'elle ne concerne que les responsables de structures sanitaires qui sont les premiers interlocuteurs des élus locaux.

1. Changements constatés dans le fonctionnement de la structure liés à la décentralisation :

Pour la majorité de nos enquêtes 55,6% pensent qu'avec la décentralisation aucun changement n'a été constaté dans le fonctionnement des structures sanitaires, pendant que 44,4% pensent que des changements sont apparus.

Tableau 4 : Changements constatés

Domaines	OUI	NON	Total
Augmentation des recettes	22,2%	77,8%	100%
Amélioration de la qualité des prestations	38,9%	61,1%	100%
Amélioration du fonctionnement	33,3%	66,7%	100%
Augmentation de la fréquentation	16,7%	83,3%	100%
Baisse de la fréquentation	0%	100%	100%

A la question de savoir s'ils avaient rencontré des difficultés avec la décentralisation, 73,3% des professionnels de la santé pensent que oui et que ces difficultés sont plus d'ordre financier qu'administrative même si 57,1% des responsables de structures pensent qu'elles n'ont aucune influence sur l'accessibilité.

2. Rôle de la collectivité locale :

A 88,9% les professionnels pensent que la ville doit apporter son appui au niveau de l'acquisition d'équipement pour les structures sanitaires

Tableau 5 : Actions à mener pour assurer l'accessibilité

Actions	OUI	NON	Total
Équipements disponibles	88,9%	11,1%	100%
Médicaments disponibles	72,2%	27,8%	100%
Recruter du personnel qualifié	77,8%	22,2%	100%
Augmenter les infrastructures sanitaires	33,3%	66,7%	100%

Pour ce qui est la construction de nouvelles infrastructures, les professionnels pensent à 66,7% que se n'est pas une priorité pour le cas de la ville de Pikine qui est assez bien desservi selon les normes en vigueur dans ce domaine.

3. Appréciation des tarifs pratiqués :

61,1% des responsables des formations sanitaires pensent que la décentralisation peut avoir une influence positive sur la tarification (baisse) si les Collectivités Locales jouent pleinement leur rôle qui leur est assigné par la loi.

Cependant le vécu montre que cette baisse n'est pas constatée par 61% des responsables de structures interrogés.

III. Comité de santé :

Pour les comités de santé l'enquête a concerné les 18 Présidents des comités de santé des formations sanitaires ciblées par l'étude.

1. Changement observé avec la décentralisation :

Pour la majorité des comités de santé, c'est-à-dire 61,1% constatent que les tarifs pratiqués n'ont pas changé en faveur des utilisateurs.

Cependant 94,4% des enquêtés trouvent qu'il y a une amélioration de la qualité des prestations offertes

2. Impact de la décentralisation sur l'accès aux soins :

Selon les comités de santé qui ont été interrogés, 55,6% pensent que la décentralisation peut avoir un impact positif sur l'accès aux soins. Mais dans la pratique au niveau des formations sanitaires de la ville, les enquêtés pensent que la décentralisation n'a aucun effet sur certains indicateurs comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Mesure de l'impact de la décentralisation

Indicateurs	OUI	NON	Total
Réduction du prix des médicaments	44,4%	55,6%	100%
Disponibilité des médicaments	44,4%	55,6%	100%
Recruter du personnel qualifié	22,2%	77,8%	100%

3. Rôle de la Collectivité Locale:

72,2% des enquêtés pensent que pour appuyer la décentralisation, la collectivité locale doit mettre à la disposition des formations sanitaires des équipements en quantité et en qualité suffisantes.

Tableau 7 : Actions à mener pour assurer l'accessibilité

Actions	OUI	NON	Total
Appuyer le développement des mutuelles	50%	50%	100%
Équipements disponibles	72,2%	27,8%	100%
Médicaments disponibles	66,7%	33,3%	100%
Personnel qualifié	61,1%	38,9%	100%
Augmenter les structures sanitaires	44,4%	55,6%	100%

Pour ce qui est de la construction de nouvelles structures sanitaires, 55,6% pensent que se n'est pas une priorité.

IV. Élus locaux :

Pour les besoins de l'enquête, nous avons administré le questionnaire à 45 conseils municipaux sur les 90 qui composent le conseil municipal de la ville de Pikine.

77,8% des sujets enquêtés pensent qu'avec la décentralisation l'accessibilité financière peut être assurée ainsi que l'accessibilité géographique pour 86,7% des élus interrogés.

1. Moyens pour améliorer l'accessibilité :

Les 45 élus locaux interrogés soit 100% pensent qu'aujourd'hui avec 9 ans de vécu de la décentralisation, si certaines dispositions telles que revisiter la fiscalité locale sont prises tant par les autorités locales que les autorités centrales, l'accessibilité aux soins peut être améliorée au niveau des collectivités locales et en particulier dans la ville de Pikine.

Tableau 8 : Actions a menées pour assure l'accessibilité

Actions	OUI	NON	Total
Augmenter les fonds de dotation	91,1%	8,9%	100%
Revoir la fiscalité locale	88,9%	11,1%	100%
Formation des élus locaux	91,1%	8,9%	100%

91,1% des élus locaux interrogés pensent que leur formation et l'augmentation des fonds de dotation sont les actions les plus importantes à menées pour assurer l'accessibilité aux soins aux populations.

2. Obstacles pour assurer l'accessibilité aux soins :

91,1% des sujets enquêtés pensent que le principal obstacle de la décentralisation de la santé est l'insuffisance des moyens.

Tableau 9 : obstacles à l'accessibilité aux soins

Obstacles	OUI	NON	Total
Insuffisance des moyens	91,1%	8,9%	100%
Non collaboration des techniciens de santé	33,3%	66,7%	100%
Manque de formation de	84,4%	15,6%	100%

élus locaux			
Non fonctionnalité des comités de gestion	42,2%	57,8%	100%

Cependant, il faut noter aussi que 84,4% des élus locaux interrogés pensent que leur manque de formation constitue le maillon faible de la décentralisation et en particulier celle de la santé. Ces résultats comparés aux précédents confirment que s'il y a des actions à mener, c'est au niveau de la formation des élus locaux et des moyens mis à la disposition des collectivités locales qu'il faut mettre l'accent.

3. Rôle de la ville de Pikine :

Pour les élus locaux, 93,3% pensent qu'il faut entre autres du personnel qualifié pour assurer l'accessibilité aux soins et 91,1% pensent qu'il faut une disponibilité des médicaments et des équipements.

Tableau 10 : Actions à mener par la Ville

Actions	OUI	NON	Total
Appuyer le développement des mutuelles de santé	88,9%	11,1%	100%
Équipements disponibles	91,1%	8,9%	100%
Médicaments disponibles	91,1%	8,9%	100%
Personnel qualifié	93,3%	6,7%	100%

Cependant 88,9% des élus pensent qu'il faut appuyer le développement des mutuelles pour assurer l'accessibilité aux soins aux populations de la ville de Pikine.

Chapitre 2 : Analyse des résultats

L'observation et l'analyse des résultats permettent de mettre en évidence en terme de difficultés ou de contraintes la cherté des prestations et des médicaments, la non disponibilité d'équipements performants et personnel qualifié pour assurer l'accessibilité aux soins aux populations de la ville de Pikine malgré la décentralisation.

La première contrainte exprimée par les populations est la cherté des médicaments, c'est dire à quel point l'accès aux médicaments en dépit de l'initiative de Bamako, est difficile. Plus de 72% en moyenne des enquêtés s'accordent sur la nécessité d'un appui soutenu de la ville de Pikine pour les subventionner.

L'enquête a aussi révélé, la nécessité de disposer du personnel qualifié au niveau des formations sanitaires et cela est confirmée par 77,2% des professionnels comme étant un des leviers importants pour assurer l'accessibilité aux soins.

Cependant, on note qu'une meilleure prise en charge des problèmes de santé des populations de Pikine ne passe pas forcément par l'augmentation des infrastructures de santé, du fait qu'en dépit de la taille importante de la population de la ville, les postes de santé sont proches géographiquement de celle-ci : moins de cinq (5) Km selon les normes de l'OMS.

L'analyse nous permet aussi de voir les facteurs limitants l'accessibilité aux soins selon les points de vue de nos enquêtés.

I Utilisateurs :

Les facteurs limitants selon les utilisateurs restent les tarifs élevé des prestations pour 83,2% des enquêtés et l'indisponibilité des médicaments pour 84,1%.

Cela est confirmé par 60,7% des utilisateurs qui pensent que la ville doit accentuer son appui pour aider à assurer l'accès financier aux médicaments.

II Professionnels :

Les problèmes financiers, pour 73,3% des professionnels de santé reste un facteur limitant pour l'accessibilité aux soins ce qui s'explique entres autres par le retard de la mise en place des fonds de dotation de la santé.

Cependant 88,9% des professionnels de la santé publics interrogés souhaiteraient un appui de la ville pour relever le plateau technique des formations sanitaires.

III Comités de santé :

Pour 72% des comité de santé, le manque d'équipement c'est à dire la faiblesse du niveau du plateau technique constitue un facteur limitant ainsi que la non disponibilité des médicaments pour 66,7%.

IV Élus locaux :

En ce qui concerne les Élus locaux, pour 91,1% la faiblesse du montant des fonds de dotation constitue un facteur limitant et à moindre degré la formation des élus locaux.

Chapitre 3 : Commentaires:

Pour procéder aux commentaires de nos résultats, nous avons choisi d'utiliser le test d'indépendance ou de Khi Deux qui est un test qui s'applique pour deux variables qualitatives comme c'est le cas pour notre étude.

Le travail consiste à voir si nos hypothèses de recherche ci-après :

- parmi les moyens alloués à la décentralisation, les ressources humaines et matérielles (équipements, infrastructures, médicaments) en quantité et en qualité suivant les normes établies dans ce domaine sont les facteurs les plus déterminants pour assurer l'accessibilité aux soins
 - avec l'appui soutenu des collectivités locales l'accessibilité aux soins est assurée
- se vérifient et voir les commentaires qui s'imposent.

Pour cela nous devons voir s'il y a dépendance entre les variables tirées à partir des objectifs et des hypothèses.

L'accessibilité aux soins est la variable dépendante

Les ressources humaines, les équipements, les infrastructures et les médicaments sont les variables indépendantes.

Avec ce test si la valeur de la probabilité est supérieure à 0,05 les variables sont indépendantes, si elle est inférieure ou égale à 0,05 les variables sont dépendantes.

I Relation entre accessibilité financière et personnel qualifié disponible :

Khi Deux = 3,675

Nombre de degré de liberté = 1

Probabilité = 0,0552

A la lecture de la valeur de la probabilité (P) qui est de 0,0552 donc supérieur à 0,05 valeur fixée pour se prononcer sur la relation d'indépendance entre deux variables, nous pouvons affirmer que les deux variables à savoir l'accessibilité financière et personnel qualifié sont indépendantes car P est supérieur à 0,05.

En conclusion nous pouvons dire que même avec du personnel qualifié, l'accessibilité financière n'est pas assurée.

II Relation entre accessibilité financière et mutuelle de santé :

Khi Deux = 10,8643

Degré de liberté = 1

Probabilité = 0,0009

Pour ce test la probabilité est inférieure à 0,05 on peut déduire que les 2 variables : accessibilité financière et mutuelle de santé sont dépendante. Par conséquent le développement des mutuelles de santé assure l'accessibilité financière des structures sanitaires

Comme le confirme les résultats de l'enquête aux près des utilisateurs 92,4% sont prêts à adhérer à une mutuelle de santé pou s'assurer l'accessibilité financière au niveau des formations sanitaires de la ville de Pikine.

III Relation entre accessibilité financière et équipement disponible :

Khi Deux = 15,3659

Degré de liberté = 1

Probabilité = 0,000089

La probabilité étant inférieure à 0,05 nous pouvons dire que les deux variables sont dépendantes. Donc l'accessibilité financière dépend aussi de la disponibilité de l'équipement médical dans les formations sanitaires de la ville de Pikine. Cette relation, il faut l'analyser sous l'angle de la faiblesse du niveau du plateau technique qui oblige les patients d'aller jusqu'à Dakar pour certaines prestations qui leur coûteraient moyens chers si l'équipement était disponible à Pikine du fait des frais annexes tel que le transport.

IV Relation entre amélioration de la prise en charge médicale et augmentation des structures sanitaires:

Khi Deux = 0,2835

Degré de liberté = 1

Probabilité = 0,5944

La probabilité est supérieure à 0,05 donc les deux variables sont indépendantes. Ce qui veut dire pour notre étude, dans la ville de Pikine l'accès aux soins ne se pose pas forcément en terme d'augmentation des structures.

Cela, est confirmé par 97,2% des utilisateurs qui ont été interrogés. Donc le problème d'accessibilité géographique ne se pose pas dans la ville de Pikine pris sous l'angle de la distance minimum qu'il faut parcourir selon la norme de l'OMS (rayon de 5km).

V Relation entre accès aux soins et réduction du prix des médicaments :

Khi Deux = 11,52
Degré de liberté = 1
Probabilité = 0,0006

La probabilité notée est inférieure à 0,05 ce qui confirme la relation de dépendance entre les deux variables. Cela veut dire qu'une réduction des prix du médicament au niveau des formations, participerait à l'amélioration de l'accessibilité aux soins dans la ville de Pikine.

VI Relation entre accès aux soins et personnel qualifié :

Khi Deux = 4,1143
Degré de liberté = 1
Probabilité = 0,0425

La probabilité est ici inférieure à 0,05 donc la relation dépendance entre les deux variables est confirmée.

Comme le confirme l'enquête aux prés des élus pour 93,3% et aux prés des professionnels de la santé pour 77,8%, la disponibilité du personnel qualifié est un des facteurs qui participent à l'assurance de l'accès aux soins.

VII Relation entre décentralisation de la santé et tarifs des prestations :

Khi Deux = 7,2893
Degré de liberté = 1
Probabilité = 0,0069

La probabilité de ce test est inférieure à 0,05. La relation d'indépendance entre les deux variables se vérifie. Cette relation nous permet de dire avec certitude que la compréhension de la décentralisation de la santé par les différents acteurs, favorise l'accessibilité aux soins.

A partir des résultats des tests, nous pouvons conclure que nos hypothèses se vérifient.

Donc pour apporter son appui dans le cadre de la décentralisation afin d'assurer l'accessibilité aux soins à ses administrés, la ville de Pikine doit conformer à la loi portant transfert de compétences aux collectivités locales en matière de santé, orienter son appui vers :

- **le relèvement du plateau technique des formations sanitaires de la localité**
- **la subvention des médicaments**
- **la mise en place de mutuelles de santé**
- **le recrutement et la formation du personnel de santé.**

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE :

Le Sénégal a décidé en 1996 de confier à la population la responsabilité de son propre destin, de façon qu'elle puisse satisfaire à ses besoins légitimes dans neuf domaines de compétences dont la santé.

Comment parvenir à cet objectif? Nous n'avons pas de réponse toute faite à cette question, mais nous estimons que la décentralisation constitue l'expression d'une volonté politique au niveau le plus élevé et que, quels que soient les résultats de cette réforme la population semble apprécier le changement.

Le principal enseignement de cette expérience, est que la décentralisation de la santé n'est guère concevable sans une politique globale de la décentralisation (Révision de la fiscalité locale, disponibilité de ressources humaines compétentes.....).

Le Sénégal a eu la chance de se lancer dans une politique des soins de santé primaires en 1975, alors qu'on avait déjà entrepris une politique de décentralisation en 1972. Comme toutes les structures étaient déjà en place, il a été plus facile de mettre en œuvre la politique des soins de santé primaires.

Il ne faudrait pas en déduire que tout s'est passé sans heurt, dans la plus grande harmonie. Diverses formes de résistances au changement continuent à se manifester tant au niveau des techniciens de santé que des élus locaux. Il semble que la clé de la réussite de la décentralisation de la santé en particulier, réside dans la fixation d'objectifs par les différents acteurs et la mise en place d'un système de surveillance et d'évaluation qui permettent de suivre les progrès pour l'amélioration de l'accessibilité aux prestations offertes par les structures sanitaires.

Sur ce plan, au terme de notre travail, il importe de rappeler les contributions de l'étude dans la réflexion sur la décentralisation de la santé. La méthodologie utilisée pour cela est de faire quelques commentaires sur la problématique soulevée.

Ainsi nous ferons dans un premier temps une récapitulation de l'étude ensuite nous procéderons à un bref résumé des apports de l'étude et en fin nous essaierons de faire des recommandations et d'identifier des pistes de recherche.

Récapitulation de l'étude:

L'objet de cette recherche est de montrer que la décentralisation de la santé peut contribuer à assurer une meilleure accessibilité aux soins.

Les résultats obtenus de l'enquête auprès des utilisateurs, des professionnels, des élus locaux et des comités de santé, ont montré que pour assurer l'accessibilité certaines actions doivent être menées par l'ensemble des acteurs à savoir sur :

- la cherté des prestations et des médicaments
- la faiblesse du niveau du plateau technique dans les formations sanitaires
- le déficit en personnel qualifié
- la mise en place de mutuelles de santé avec l'appui des collectivités locales.

A partir de ces résultats l'intervention proposée s'appuie d'une part sur le renforcement des liens entre les acteurs à travers la mise en place et le fonctionnement des comités de gestion et d'autre part mettre l'accent sur une meilleure implication de la ville de Pikine dans la gestion et l'administration des formations sanitaires décentralisées.

Apport de l'étude :

L'étude a permis de mettre l'accent sur les points suivants :

- l'importance de la communication dans l'efficacité des services de santé offerts. Car avec l'administration des questionnaires nous avons senti que la communication stimule les utilisateurs et permet aux services de santé et aux élus locaux de mieux atteindre leur objectif dans le cadre de la décentralisation de la santé. Elle constitue un des indicateurs qui permet aux utilisateurs qui sont en même temps électeurs d'évaluer les services offerts. En effet, la satisfaction procurée par les services de santé pour assurer l'accessibilité est appréciée à travers les infrastructures, le niveau du plateau technique, la disponibilité des médicaments mais aussi la qualité du personnel comme le montre les résultats de notre enquête. Toute stratégie visant à améliorer l'accessibilité aux soins doit intégrer cette dimension
- la volonté exprimée par les utilisateurs à adhérer à une mutuelle de santé pour s'assurer une meilleure prise en charge médicale.

Recommandations :

Avec les résultats de l'enquête faite auprès des professionnels, des utilisateurs et des comités de santé, il nous semble nécessaire d'apporter notre contribution à travers ces quelques recommandations au prés des collectivités locales en général et en particulier à la ville de Pikine pour contribuer à l'accessibilité aux soins.

- a. *Une meilleure coordination entre la ville et les formations sanitaires à travers la mise en place des comités de gestion.*
- b. *Élaborer un plan quinquennal pour le relèvement du plateau technique des deux centres de santé.*
- c. *Dégager un appui substantiel dans le budget de la ville pour subventionner les médicaments et les rendre ainsi plus accessibles.*
- d. *Élaborer une politique d'appui et de mise en place de mutuelles de santé en s'appuyant éventuellement sur l'entité commune d'arrondissement.*
- e. *Élaborer et mettre en oeuvre un plan de recrutement et aider à relever le niveau de qualification du personnel de santé existant.*
- f. *La construction de postes de santé actuellement ne répond pas aux besoins des populations du fait qu'il y a une bonne répartition géographique, cependant les efforts doivent être orienté vers la construction de centres de santé et la maintenance de l'existant.*

Pistes de recherche future :

A l'issu de cette étude quelques questions importantes à notre sens restent encore à développer : *quels sont les facteurs bloquants dans l'exercice des compétences transférées dans le domaine de la santé qui ne favorisent pas l'accessibilité aux soins?*

Il serait donc intéressant de poursuivre l'étude dans le sens de procéder a un diagnostic de compréhension et d'exercice de la compétence santé des différents acteurs dans le cadre du décret n° 96-1135 du 27 décembre 1996

portant application de la loi de transfert de compétences aux collectivités locales en matière de santé et d'action sociale.

Par ailleurs une étude sur les critères d'appréciation des utilisateurs sur les structures sanitaires contribuerait à approfondir les résultats de cette étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Annexes A

- Questionnaire utilisateur

Annexes B

- Questionnaire comité de santé

Annexes C

- Questionnaire professionnel

Annexes D

- Questionnaire élus

QUESTIONNAIRE UTILISATEUR

1- Identification

- Age :
- Sexe : M F
- Profession
- Résidence : Pikine hors de Pikine

2- Avez-vous observé des changements liés la décentralisation sur :

- Le tarif des prestations
- La qualité des soins
- Autres à préciser

3-Y a t- il eu amélioration de la prise en charge des besoins de santé des populations ?

Oui Non

4- Si oui comment ?

- Augmentation des structures
- Accessibilité aux médicaments
- Meilleure prise en charge
- Autres à préciser.....

5- Qu'attendez-vous de la collectivité locale pour vous assurer l'accessibilité ?

- Subventionner les médicaments
- Renforcer l'équipement
- Appuyer le développement des mutuelles de santé
- Recruter du personnel qualifié
- Construire des structures sanitaires
- Autres à préciser

6- Prenez-vous tous vos soins au :

Poste de santé
Centre de santé

7- Pourquoi ?

- Manque de moyens financiers
- Distance trop longue
- Qualité des soins
- Autres à préciser

8- Quels sont vos autres recours en dehors de la structure ?

- Tradipraticiens
- Structure privée
- Sans traitement
- Autres à préciser.....

9- Prenez-vous un moyen de transport pour venir à la structure ?

- Oui Non

10- Combien payez-vous en moyenne ?F

11- Depuis la décentralisation, comment trouvez-vous les tarifs de consultation ?

- Plus élevés
- Moins élevés
- Pas de changements

12- Combien dépenser-vous en moyenne pour aller vous soigner ?

13- Combien payez-vous en moyenne par ordonnance ?

14 – Serez vous prêt (e) à adhérer à une mutuelle de santé

- Oui
- Non

15 – Si oui combien serez vous prêt (e) à payer mensuellement ?

CESAG - BIBLIOTHEQUE

QUESTIONNAIRE COMITE DE SANTE

1 Identification

- Centre de santé
- Poste de santé
- Maternité

2. Avez-vous déjà entendu parler de la décentralisation de la santé ?

- Oui
- Non

3- Dans quels domaines avez-vous observé des changements positifs imputables à la décentralisation de la santé ?

- Tarif des prestations
- Qualité des soins
- Autres à préciser.....

4- Selon vous quel est le poste de dépense qui consomme le plus de recettes?

- Achat de médicaments
- Motivation du personnel
- Rémunération des ASC
- Autres à préciser... ..

5- Avez-vous déjà un comité de gestion?

- Oui
- Non

6- Si oui qu'elle est la mission qu'elle remplit le mieux?

- Coordonner et organiser le fonctionnement de la structure
- Assurer l'accès aux soins
- Trouver des ressources additionnelles
- Autres à préciser.....

7- Selon-vous est ce que la décentralisation de la santé à un impact sur l'accès aux soins ?

- Oui
- Non

8- Si oui comment ?

- Réduction du prix du médicament
- Disponibilité des médicaments
- Recruter de personnels qualifiés
- Autres à préciser.....

9- Selon-vous quel rôle doit jouer la Commune pour assurer l'accès aux soins?

- Appuyer le développement des mutuelles de santé
- Équipement disponible
- Médicaments disponibles

- Personnel qualifié
- Augmentation des structures
- Autres à préciser.....

CESAG - BIBLIOTHEQUE

QUESTIONNAIRE PROFESSIONNEL

1- Catégorie professionnelle

- Médecin
- Technicien (e) Supérieur
- Infirmier (e)
- Sage femme
- Autre à préciser.....

2- Avec la décentralisation de la santé avez-vous remarqué des changements dans le fonctionnement du centre de santé ou du poste?

- Oui
- Non

3- Si oui dans quel sens ?

- Augmentation des recettes
- Amélioration de la qualité des prestations
- Amélioration du fonctionnement
- Augmentation de la fréquentation
- Baisse de la fréquentation
- Autres à préciser.....

4- Avez-vous rencontré des difficultés avec la décentralisation ?

- Oui
- Non
- Pas de réponse

5- Si oui, de quelles natures ?

- Financières
- Administratives
- Autres à préciser.....

6 – Ces difficultés ont-elles une influence sur l'accessibilité ?

- Oui
- Non

7– Si oui comment ?

.....

8- Qu'attendez – vous de la Collectivité locale pour assurer l'accessibilité aux soins ?

- Équipement disponible
- Médicaments disponibles
- Personnel qualifié
- Augmentation des infrastructures
- Réduction du coût direct de la maladie pour les usagers
- Autres à préciser.....

9 –la décentralisation de la santé a-t-elle une influence sur la tarification ?

- Oui

- Non

10- Si oui comment ?

- Baisse des tarifs
- hausse des tarifs
- Autres à préciser.....

CESAG - BIBLIOTHEQUE

QUESTIONNAIRE ELU

1- Selon vous quels sont les avantages de la décentralisation?

- Améliorer le fonctionnement
- Améliorer la qualité des prestations
- Alléger les charges de l'État
- Assurer l'accessibilité financière
- Assurer l'accessibilité géographique
- Améliorer la démocratie locale
- Autres à préciser

2- Est ce que l'accessibilité aux soins peut être améliorée grâce à la décentralisation ?

- Oui
- Non
- Pas de réponse

3 Si oui quels sont les moyens nécessaires pour l'atteindre.

- Augmenter le fonds de dotation
- Revoir la fiscalité locale
- Formation des élus locaux
- Autres à préciser.....

4 Quels sont les obstacles de l'atteinte des objectifs de la décentralisation de la santé ?

- Insuffisance des moyens
- Non collaboration des techniciens de santé de l'État
- Manque de formation des élus locaux
- Non fonctionnalité des comités de gestion
- Autres à préciser.....

5 – Selon vous quel rôle doit jouer la ville pour assurer l'accessibilité aux soins ?

- Appuyer le développement des mutuelles de santé
- Équipement disponible
- Médicaments disponibles
- Personnel qualifié
- Autres à préciser.....

BIBLIOGRAPHIE

1. **Jean Michel Ndiaye** Décentralisation des services de santé au Sénégal
2. **Forum mondial de la santé au Sénégal vol 12 de Abel S. B. :** Comment financer la santé pour Tous-(1991)
3. **Rapport intermédiaire- MSPAS, PDRH, Dakar de Abrial M. Touré B :** Le financement du secteur de la santé au Sénégal. (1996).
4. Rapport d'activité de la DASS de la ville de Dakar (1998).
5. **Délégation générale à la recherche scientifique et technique :** Évolution du processus de la décentralisation des services de santé au Congo (1999).
6. **Diack P. A :** « Entité district sanitaire » dans le découpage administratif au Sénégal (1998).
7. **Diallo I, Gaye I. A :** La gestion du poste dans le contexte du renforcement de la décentralisation (1997).
8. **Diouf M :** Décentralisation et développement municipal : stratégie de développement du secteur urbain au Sénégal, processus institutionnel de la décentralisation (1993).
9. **Rapport (2000). du Ministère du Plan, PNUD, UNICEF/Dakar :** Programme de lutte contre la pauvreté (PELCP) : étude sur l'initiative 20-20 comme option stratégique de développement.
10. **Fall I. M :** La décentralisation et la contractualisation dans le secteur de la santé (2000).
11. **Fall I. M :** État des lieux du cadre juridique et institutionnel de la décentralisation des services de santé. (2000)
12. **Gueye; Ndiaye O, Touré M .:** Étude relative à la problématique des comités de santé dans les nouvelles politiques de développement sanitaire. (1997).
13. **Mbow EL. A :** La décentralisation des soins de santé primaires (1998).
14. **Rapport général du Ministère de la santé Assises nationales de la santé.** en 2000.
15. **Ndao A :** Équité dans l'accès aux services de santé urbain à Dakar. Rapport final – santé urbaine en Afrique de l'ouest; UNICEF, Coopération française. (1999)
16. **Niang Nd T.; Mboup B .:** Équité et accès aux soins dans les centres de santé urbains à Dakar : cas d'une structure sanitaire de la périphérie de Dakar. (1999).
17. **Document de travail révisé; Unité de système et politique de santé au niveau national; DRSS, Genève OMS 1995 :** La décentralisation et l'évolution des systèmes de santé : cadre d'analyse.

18. **Rapport d'une réunion inter pays DRSS, PRDSS; Arusha OMS en 1996.** : Instauration des réformes du secteur sanitaire basée sur des observations concrètes en Afrique sub-saharienne.
19. **Perrault M; Fournier** : De la bonne gouvernance et de la décentralisation au Sénégal. ACIDI; (1994)
20. **IAGU** : Étude sur la décentralisation des services de santé. Dakar (2001)
21. **Fall I. M.; Ndao T B**: Santé et décentralisation.. (2002)
22. **Ministère de l'Intérieur/ Direction des collectivités locales**. Recueil des textes de la décentralisation. (2003).
23. **PHR-USAID ; Ministère de l'Intérieur/Sénégal** : Guide pratique de l'action sanitaire et sociale dans le cadre de la décentralisation. (1998)
24. **Ministère de la santé – DS** : Evaluation de la capacité opérationnelle des districts. (1999)
25. **Mémoire PIFM/CESAG de Mariame TOURE** : Analyse budget décentralisé du secteur de la santé au Sénégal : cas de la Ville de Dakar. (1999)