



Mémoire
Présenté par
BADJI, Dioumel

**Université Cheikh
Anta Diop de Dakar Faculté des
Lettres et Sciences Humaines
Département de Géographie**

**Analyse géographique de l'offre et de l'activité des
structures de soins privées dans la Commune
d'Arrondissement des Parcelles Assainies de Dakar**

**Année universitaire :
2011-2012**

Université Cheikh Anta Diop de Dakar



Faculté des Lettres et Sciences Humaines

Département de Géographie

Master II Espace, Société et Développement (ESD):

Parcours : Espace, Territoire, Population et Santé (ETPS)

Analyse géographique de l'offre et de l'activité des structures de soins privées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies de Dakar

Présenté par :
Dioumel BADJI

Sous la direction de
Mme Aminata Niang DIENE
Maitre-assistant



Ce mémoire a bénéficié de la subvention du Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique.

[Année universitaire 2011-2012]

AVANT PROPOS

La problématique de la santé reste pour l’Afrique un écueil qui n’a pas fini d’obturer les voies menant vers le développement durable. Les inégalités devant la santé ont mobilisé depuis plus de sept décennies, les communautés pour l’équité et la promotion de la santé pour tous. Les politiques et les programmes se sont succédés, tous d’envergures et désireux de rectifier les disparités, cependant les défis se maintiennent. Le constat, lequel a suscité notre intérêt, est l’évolution fulgurante des structures de soins privées dans les paysages urbains sénégalais. La géographie de l’offre privée que nous avons documenté, nous a largement édifié sur les réalités d’un espace circonscrit certes, mais représentant un cliché des dynamiques sanitaires de plusieurs localités du Sénégal.

L’analyse géographique de l’offre et de l’activité des structures de soins privées, est une thématique insuffisamment traitée. La privatisation du secteur de la santé s’est effectué déjà en 1952 et s’est consolidée dans un contexte conflictuel à priori¹. Les médecins frustrés par la restructuration de l’école de médecine et par les réformes des hôpitaux publics vont être les précurseurs du développement des cliniques et cabinets médicaux. Un phénomène qui a rapidement pris de l’ampleur, échappé au contrôle de l’Etat pour ensuite accentuer les inégalités de soins dans les grandes villes. Pour preuve, au ministère de la santé, aucune donnée concernant les effectifs de services de soins privés dans la capitale n’est disponible. La Commune d’Arrondissement des Parcelles Assainies est un cadre très illustratif de la multiplication des entités de santé privées non répertoriées.

Toutes nos ambitions sont motivées par le désir de produire un ouvrage valide aux yeux des sciences sociales. Dans cette perspective, nous avons combiné une approche quantitative et qualitative. Par ce procédé, nous tentons d’esquiver la rigidité connue des sciences exactes pour aller dans le fond des observations. Au-delà de l’inventaire simple et de la localisation des services de santé privés, nous cherchons à expliquer les logiques d’implantation et de fréquentation. Il serait très opportun, de mettre en évidence les informations socio-spatiales liées à l’activité des structures de soins privées. De nouveaux acteurs sont apparus dans le secteur de santé privé, les musulmans et plus précisément les « hibadus ». Ces derniers sont venus proposer leurs services de soins aux communautés qui les connaissent de plus en plus. Voici, des dynamiques qui ont suscité en nous la volonté de documenter la géographie de l’offre et de l’activité des structures de santé privées dans la Commune d’Arrondissement des Parcelles Assainies.

¹ Document de travail « décentralisation et système de santé du Sénégal », 82 pages.

Les résultats que nous exposons dans ce document, nous avons pu les obtenir grâce à un certain nombre de personnes qui ont été extraordinairement généreuses. Et c'est fort de cela que je dédie ce travail :

A mon père, feu Daouda BADJI, très tôt arraché à notre affection

A ma mère, Anna Sène, qui s'est investie corps et âme pour faire de nous des personnes vertueuses, longue vie à toi

A mon frère Mouhamed Ahmed BAJI

A mes sœurs Oumou Khairy Saly, Fatoumata et Sokhna Aissatou BADJI, que Dieu consolide davantage notre solidarité

A mon professeur Madame Aminata Niang DIENE

A tous ceux qui comptent et qui demeurent dans nos vies quoiqu'il advienne.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Remerciements

Nous remercions Madame DIENE Aminata NIANG, notre directeur de mémoire, maître assistante au département de géographie de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, Monsieur Ndiacé DIOP chargé de cours au département de géographie, Monsieur Sylvain Landry FAYE chef de département de sociologie, pour la disponibilité, les conseils avisés, leur aide bienveillante qu'ils ont démontré tout au long de cette initiation à la recherche.

Nous remercions spécialement notre mère Anna Sène, l'ensemble de la famille et particulièrement Mouhamed, Oumou Khairy Sali, Fatoumata Sadio, Sokhna Aissatou BADJI pour leur soutien inconditionnel. Nos remerciements vont à l'endroit de ces personnes proches : Ahmadou Bamba FAYE pour sa disponibilité et son écoute, Ami Collé Touré, Mamadou Fana Touré, Tonton Diam Guaye, Lamine Diémé, Monsieur Boubacar Mané.

Nous remercions tous les professeurs du département de géographie de l'UCAD pour leurs enseignements de qualité, le travail a bénéficié du financement du CODESRIA (Conseil pour le Développement de la Recherche en Science sociales en Afrique).

Nous témoignons beaucoup de gratitude à nos camarades du département de géographie, particulièrement à ceux du master 2 de géographie de la santé : Nianamang Kandé, Issa Diakité, Awani Diallo, Binetou Sagna, Agathe Sagne, Fana Loum, Maguette Wade, Mansour Ndione, Abou Manga, ablaye Ndior, Waly Sarr, Malick Diediou, Daouda Dolo, Matar Ndiaye, Fatou Sylla, Mame Fama Diouf, Adjia Fall, Dada Ndour, Lena, Fatou Samb, thérèse Sarr et l'ensemble de nos esclaves sérères. Nous remercions Alassane Ciss, Barka Ba, Meité, Abdoulaye Lo du CSE, Abdou Georges Diatta, monsieur Alioune Badara Gueye et l'ensemble de nos camarades de la fondation Frederich Ebert Stiftung.

Notre profonde gratitude va à l'endroit de tous ceux qui nous ont soutenu et qui ont consacré leur précieux temps à la correction de notre de ce document spécialement Mouhamed Ahmed Badji et Sidi El Moctar Ndiaye.

Par cette présente, nous exprimons notre gratitude à l'ensemble du corps médical et des enquêtés qui ont bien voulu collaborer.

Pour nous avoir accordé beaucoup de confiance pour la réalisation de ce mémoire nous remercions encore une fois Madame Diène A. Niang. Aux travers de vos enseignements, vous avez attisez en nous la passion de la géographie. Nous remercions Monsieur Sylvain L. Faye de nous avoir donné l'opportunité d'acquérir des expériences enrichissantes de terrain.

.Liste des sigles et abréviations :

AMS : Assemblée Mondiale de la Santé

ASC : Agent de Santé Communautaire

CPN : Consultation Prénatale

CPON : Consultation Postnatale

CSAAD : Centre de Santé Serigne Abdou Aziz Dabaakh

FAR : Femme en Age de Reproduction

FLSH : Faculté des Lettres et Sciences Humaines

GM : Groupe Mobile

HTA : Hyper Tension Artérielle

IB : Initiative de Bamako

ICP : Infirmier Chef de Poste

IRA : Infection Respiratoire Aigue

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Sommaire

Sommaire	V
Liste des tableaux	VI
Liste des photos	VI
Liste des cartes	VI
Liste des Graphiques	VII
Introduction	1
Première Partie : Cadre théorique et démarche méthodologique	3
Chapitre I : Cadre théorique	4
1.1 Problématique :	4
1.2 Analyse conceptuelle :	9
1.3 Objectifs de la recherche	14
1.4 Hypothèses de la recherche	15
Relevé des coordonnées GPS des structures de soins sur le terrain.	16
Chapitre II : Cadre méthodologique	18
2.1 Revue critique de la littérature :	18
La revue des données sur le cadre d'étude :	27
2.2 Délimitation du champ et Choix des structures :	29
2.3 Choix des outils de collecte de données et des cibles.....	33
2.4 L'enquête proprement dite	34
2.5 Difficultés rencontrées :	35
Deuxième partie : organisation de l'offre de soins dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.....	41
Chapitre III : L'offre de soins dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies (offre et accessibilité).....	42
3.1 L'offre de soins publique	44
3.3 La géographie de l'offre de soins privée dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.....	47
3.4 L'analyse de l'accessibilité aux soins.....	68
Chapitre IV : analyse du recours aux soins et des volumes d'activités des structures de soins	72
4.1 Analyse des espaces sanitaires	72
4.2 Les effectifs de patients selon les structures.....	77
4.3 Quelques spécificités dans l'activité et l'offre de soins à Yasin et Oumoul Mouminina.....	80
4.4 Quelques faits significatifs majeurs.....	82
Conclusion générale :	102
Table des matières	108

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatifs des considérations théoriques 16

Tableau 3 : Récapitulatif de la démarche de recherche adoptée dans ce travail à l'échelle de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies 39

Tableau 4 : structures sanitaires publiques et privées du District Nord 45

Tableau 5: Quartiers polarisés par les structures médicales au niveau de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies 46

Tableau 6 : les types de services de santé dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. 50

Tableau 7 : synthèse des déterminants de la nature des structures et des objectifs 53

Tableau 8 : Variation des effectifs de consultants de sexe féminin selon les mois et les années 58

Tableau 9 : Variation des effectifs de consultants hommes selon les mois et les années 58

Tableau 10 : Variation des consultants selon les mois et les années 59

Tableau 11 : Descriptif du personnel de santé des structures : 60

Tableau 12 : Les tarifs de consultations et des prestations de soins : des coûts de soins très variés 62

Tableau 13 : l'espace sanitaire du centre socio médical Chifa 74

Tableau 14 : l'espace sanitaire De la clinique Yasin 74

Tableau 15 : l'espace sanitaire de Oumoul mouminina 75

Tableau 16: récapitulatif des pathologies déclarées dans les différentes structures de soins 84

Liste des photos

Photographie 1 : Enseigne d'un tradipraticien sis à l'unité 24 entre Shifa et Oumoul Mouminina 32

Photographies 2 : Illustration d'écritures non lisibles dans les registres 35

Photographie 3 : Illustration d'un registre mal rempli 36

Photographie 4 : Exemple d'un registre de consultation de fortune 37

Photographie 5 : calendriers de planning des prestations des médecins du centre socio-médical Shifa 57

Photographies 6, 7, 8 et 9 : Illustration de la séparation des soignants selon le genre 65

Liste des cartes

Carte 1 : cartographie des structures de santé publiques 43

Carte 2 : cartographie des structures de santé privées 43

Carte 3: cartographie des structures sanitaires privées et des structures paramédicales dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies 48

Carte 4 : Cartographie des flux de patients polarisés par structure de santé privée 73

Liste des Graphiques

Graphique 1: comparaison des consultants selon les structures	77
Graphique 5 : fréquentation de Chifa selon les classes d'âge :	77
Graphique 6 : les taux de fréquentation du poste de santé 26 selon la classe d'âge :	78
Graphique 7 : Effectifs selon les classes d'âge (Yasin).....	78
Graphique 8 : les taux de fréquentation de Oumoul Mouminina selon les classes d'âge :	78
graphique9 : taux de fréquentation selon le sexe pour Chifa et le poste de santé 26:	79
graphique10 : Effectifs selon le sexe (OM)	79
Graphique11 : Motifs de consultations	81
graphique12 : récapitulatif des effectifs de fréquentation de la clinique Yasin pour les CPN et les accouchements.....	81
Graphique 13 : Effectif selon les mois et les années	82
graphique14 : Effectifs selon les pathologies Chifa	85
graphique15 : Analyse des morbidités diagnostiquées à Oumoul Mouminina :	85
graphique16 : sur les différentes pathologies diagnostiquées dans le poste de santé de l'U 26	86
graphique17 : Différents types d'infections répertoriés à Chifa	87
graphique18 : Effectifs selon les types d'infections	88
graphique19 : types d'infections	88
graphique 20 : les types de douleurs répertoriés à Chifa	89
graphique21: les types de douleurs répertoriées au PS 26	89
graphique 22 : les types de douleurs répertoriés à Oumoul Mouminina :	89
graphique23: types d'affections cutanées chifa	90
graphique24 : sur les affections cutanées répertoriées à OM :	90
graphique25: sur les affections cutanées (Poste de santé 26)	91
graphique26 : types d'IRA répertoriés à chifa	91
graphique27 : types d'IRA répertoriées à l'OM	92
graphique28 : sur les Infections respiratoires aiguës (P 26)	92
graphique29: espace sanitaire et effectifs de patients selon les structures et les distances	94

Introduction

Les structures sanitaires privées occupent une place incontournable dans le système sanitaire au Sénégal. En témoigne leur multiplication dans les domaines urbains et périurbains. Les cliniques et cabinets médicaux prolifèrent et sont devenus l'exutoire de flux importants de patients. Les causes de leur multiplication suscitent un bon nombre d'interrogations allant au-delà de leur simple historique. En 1981 déjà, sur les 349 médecins en fonction, les 130 sont dans le privé². Cette situation s'est renversée au fil des années, pour preuve de 2007 à 2011, les pourcentages de médecins dans le privé n'ont cessé de croître passant ainsi de 41% à 56%³ avec les régions de Dakar et Thiès qui se distinguent nettement des autres.

Cette offre de soins privée est loin d'être homogène, elle se caractérise par sa diversité partagée essentiellement entre les soins modernes et traditionnels. Cependant, les tendances ont évolué du fait de l'apparition de nouveaux acteurs et de nouveaux types de services de santé. Un fait qui trouve son illustration dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. Cette localité abrite, depuis plus d'une décennie, en plus des structures de soins habituelles, d'autres confessionnelles musulmanes. La couverture sanitaire s'est densifiée et a atteint quarante et une (41) structures médicales et paramédicales rien que dans le secteur privé.

Pour autant que l'offre de soins privée lucrative comme non lucrative soit devenue des composantes avérées du dispositif sanitaire et que les structures de santé privées pullulent dans notre espace d'étude, leur inventaire au niveau des institutions nationales est presque inexistant. Le secteur de santé privé est caractérisé par un certain « laisser-aller » et dont les propensions sont devenues incoercibles pour l'Etat. En témoigne la déclaration⁴ du ministre de la santé parue dans le journal le Soleil, dénonçant l'installation anarchique de cabinets et cliniques privés dans les grandes villes.

Sous une approche géographique, nous entreprenons d'analyser les activités et l'offre de soins des structures sanitaires privées. Cette réflexion est articulée autour de deux grandes parties essentiellement qui structurent le document. Dans la première partie, nous exposons le

² Banque mondiale, 1982

³ Données du PNDS 2009-2018, p 13 tableau 2.

⁴ Dans un article publié en ligne le 27 juin 2011, le ministre de la santé de l'époque Modou Diagne fada lors de l'assemblée générale du Conseil National de l'ordre des médecins du Sénégal (CNOMS). Consulté en ligne le 18 09 2012. Voir annexe.

cadre théorique et le cadre méthodologique. Dans la seconde, nous procédons à la présentation, à l'analyse et à l'interprétation des données recueillies sur le terrain.

Le cadre théorique a consisté, à l'énonciation de la problématique, des hypothèses et des objectifs de départ. Nous avons également souligné notre intérêt pour les dynamiques sanitaires privées avant la déclinaison du cadre méthodologique. Cette étape a consisté à une revue critique de la littérature existante sur notre sujet, à la délimitation du champ de l'étude, au choix d'échantillonnage des structures, des personnes cibles ainsi que du choix des outils de collecte de données). Nous avons concilié à cet effet des méthodes quantitatives et qualitatives pour documenter la géographie de l'offre et l'activité des structures de santé privées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.

Les techniques de collectes ont été au-delà du choix de populations cibles, de l'échantillonnage et de l'enquête de terrain, des indicateurs d'efficacité et quantitatifs pour documenter les volumes d'activités des services de santé.

Nous nous sommes appliqués au mieux pour faire de ce travail un ouvrage digne de conforter la documentation du champ de la recherche scientifique déjà bien pourvue. Nos ambitions convergent vers un éclaircissement de quelques centres d'intérêts soulevés dans notre thématique sur la géographie de l'offre de soins privée.

Première Partie : Cadre théorique et démarche méthodologique

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Chapitre I : Cadre théorique

1.1 Problématique :

La médecine privée est présente en Afrique Occidentale Française (AOF) et au Sénégal depuis la période coloniale. Cependant, les autorisations d'implantation et d'exercice étaient encadrées par une réglementation stricte énonçant clairement les modalités d'exercice de la médecine privée lucrative. Dans les pays de l'AOF, elles ont été délivrées à certains fonctionnaires avant d'être officialisées par les décrets n°52.964 du 9 Août 1952 et du 4 Septembre 1952⁵. Il faut cependant préciser, que d'autres se sont également distingués dans le champ de la santé. En effet, les œuvres confessionnelles sont au Sénégal depuis 1819, et ont précédé l'activité du privé lucratif. Leurs activités étaient jusqu'à une période encore récente, orientées vers les zones rurales et/ou les zones difficiles d'accès. Leurs soins et leurs services sont non lucratifs pour l'essentiel en vue d'aider les populations les plus déshéritées. L'une comme l'autre de cette offre privée vont connaître une évolution à posteriori, qui va impacter sur le dispositif sanitaire du Sénégal.

Les années 70 ont coïncidé avec une véritable révolution du secteur sanitaire privé, notamment avec la conjugaison d'un ensemble de facteurs déterminants ayant contribué à son évolution fulgurante. C'est ainsi que, les réformes introduites au niveau des hôpitaux publics et de l'université de Dakar ont suscité des frustrations dans le corps médical hospitalier. Les médecins hospitaliers africains exclus des nominations de substitution des équipes dirigeantes de l'école de médecine, vont être les initiateurs des cliniques et cabinets privés à Dakar⁶. Par ailleurs, la demande sans cesse accrue en soins de santé avec le développement des Institutions de Prévoyance de la Maladie (IPM) vont contribuer à l'avènement du secteur privé. Ainsi, en 1981 déjà, sur 349 médecins en fonction dans le pays, 130 sont dans une pratique privée ; sur 88 pharmaciens en fonction, 70 sont dans le privé ; sur 21 dentistes, 19 sont dans le privé⁷. En 2007, plus de 41% des médecins étaient dans le privé. Le secteur public connaît une moins rapide évolution, de 292 médecins en 1994 on passe à 624 en 2008. Dans le secteur privé, de 348 médecins en 1994, on est passé à 436 médecins en 2008⁸. Dakar

⁵ Données obtenues à partir des documents des Archives Nationales

⁶ MSA, document de travail « Décentralisation et système de santé du Sénégal : une synthèse » portant sur la situation sanitaire du Sénégal, 82p.

⁷ Ibid.

⁸ Données obtenues à partir du PNDS 2009- 2018, page 13, tableau 2

et Thiès détiennent en 2011 respectivement les plus grands pourcentages de médecins avec 56% et 54%⁹. Cependant, la répartition reflète de grandes disparités spatiales, à Dakar ou Thiès, il y a plus de médecins dans le secteur privé que dans celui du public. Une pareille situation est cependant paradoxale, au vue de la quasi-totalité du budget de l'investissement public consacrée aux structures sanitaires publiques. En effet, l'offre de soins publics a jusque là, mieux prévalu dans les politiques de santé du Sénégal, un fait qui est sans doute le prolongement de la gratuité des soins : le legs positif de la colonisation¹⁰. La gestion et la coordination de ses activités sanitaires post coloniales ont suscité, dans le cadre de la décentralisation, un découpage administratif reposant sur un système à structure pyramidale. Ce découpage s'est accompagné d'un plan décennal (le Plan National de Développement Sanitaire : PNDS)¹¹ et d'un financement dans le cadre de la planification sanitaire opérationnalisée par les Cadres de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT Santé).

Malgré, le déploiement massif des structures primaires au niveau des 75 districts pour une accessibilité équitable aux soins des populations, le service public ne peut assurer à lui seul la couverture sanitaire et son offre de soins ne correspond pas forcément aux attentes des populations. Il s'y ajoute le fait que la subdivision administrative des services de santé est régie par des politiques jugeant de l'éligibilité stratégique de certaines zones au détriment d'autres. Une situation qui justifierait, entre autres, le recours à d'autres types de soins, notamment, ceux que propose l'offre privée. Par ailleurs, une compétition est enclenchée, du moment que le secteur privé autant que le secteur public sont tous deux fonctionnels et polarisent respectivement des flux de patients importants. Si l'on ajoute la confiance des populations envers les structures privées et la multiplication des cabinets et cliniques lorsqu'elles sont comparées aux structures publiques, il est alors intéressant de se poser un certain nombre de questions : les structures de santé confessionnelles et le privé en général ont-elles un type d'offre de soins particulier ? Quelle place occupent-elles dans le dispositif sanitaire? Adhèrent-elles aux politiques nationales de santé ?

Le secteur est si mal régulé que l'on est tenté de se poser la question de savoir si l'Etat supervise les pratiques au niveau des services de soins privé. D'autant plus qu'en 2011, le ministre de la santé dénonce l'installation anarchique des cliniques privées dans les grandes villes lors de l'assemblée générale du conseil national de l'ordre des médecins du Sénégal. Le

⁹ Données obtenues à partir de l'annuaire statistique 2010, édition en cours.

¹⁰ Cours de gouvernance de la santé de Fatou M.DRAME

¹¹ Seul document de référence pour tous les acteurs de la santé

constat est donc, l'existence en grand nombre des services de santé privés dans les zones urbaines et ses périphéries. Leur expansion s'illustre encore plus lorsque les structures de santé privées sont présentes dans les sites touchés par la recomposition et l'étalement urbain.

En effet, l'urbanisation fulgurante générée par la forte pression démographique a complexifiée la dotation des quartiers et sites périurbains en équipements sociaux de base. Même si, dans le cadre du désengorgement de la capitale, des espaces comme les Parcelles Assainies ont été créés, rapidement l'accroissement démographique et la dynamique foncière ont perturbé le dispositif. Pour preuve, les questions de santé sont devenues problématiques, du moment qu'elles sont sources de tensions perpétuelles entre les collectivités locales et les pouvoirs publics quant à la budgétisation ou la construction des infrastructures. Cette situation de crise laisse une large marge de manœuvre à d'autres acteurs qui s'insèrent de plus en plus dans le champ. L'offre de soins est, de ce fait, caractérisée par une hétérogénéité au Sénégal, comme dans la quasi-totalité des pays d'Afrique subsaharienne. Dans nos dispositifs sanitaires, on comptabilise les services de santé publics, privés et traditionnels. La prolifération des hôpitaux, cabinets médicaux et cliniques, des pharmacies privées n'est plus exclusivement dans les sites urbains mais désormais à l'échelle des districts sanitaires. Dans ces espaces réduits, la forte prégnance des structures de santé privée est remarquable. Dans le district Sanitaire Nord, plus précisément dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies, les services de santé privés connaissent une expansion fulgurante. A l'échelle des quartiers, mitoyens le plus souvent, s'implantent des cabinets médicaux et cliniques privés de nature diversifiée dispensant des consultations généralisées ou spécialisées. La localisation des dites structures est principalement en bordure des axes routiers fonctionnels mais également à une distance proche voire très proche des officines privées (pharmacies, laboratoires d'analyse...). Le schéma de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies se présente avec des rues jalonnées de cliniques, de cabinets non loin des structures de santé publiques et des pharmacies ou de services paramédicaux. Cette configuration se retrouve à la rue Serigne Abdou Aziz SY Daabakh. Ce site est le lieu d'implantation de l'hôpital des Parcelles Assainies de l'unité 17 (qui porte le nom de Serigne Abdoul Aziz Sy Dabakh), du dispensaire Baobab. Ces structures publiques partagent la rue avec trois (3) cliniques dont une clinique dentaire, 2 pharmacies, en plus de 2 boutiques d'opticiens. Les soins dentaires se singularisent dans le dispositif sanitaire, les cliniques et cabinets dentaires foisonnent dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies comme d'ailleurs

dans la plupart des quartiers périurbains de Dakar. Les traitements bucco-dentaires font l'objet de services spécialisés et diversifient encore plus l'offre de soins privés.

Un autre fait s'avère être une dynamique socio-spatiale intéressante ayant suscité notre intérêt dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies : l'avènement des structures sanitaires confessionnelles. En quelques années, cette localité a vu proliférer en plus des structures sanitaires publiques, des entités privées, et maintenant confessionnelles. C'est dire donc que, les religieux, jadis orientés vers le monde rural, s'implantent de plus en plus, sous de nouvelles formes dans les périphéries urbaines. En effet, là où nous parlions tout simplement de poste de santé, dispensaires ou infirmeries confessionnelles, les nouvelles dénominations sont : centre médico-social, centre de promotion de la santé et même d'hôpitaux. La particularité de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, celle qui requiert le plus notre attention, est l'émergence de structures de santé publiques, privées lucratives, privées non lucratives (confessionnelle). Encore, faut-il le préciser, aux postes de santé catholiques (le centre de promotion de la santé de Hyacinthe Thiandoum établi à Keur Damel et Keur Yakaar localisé dans le même district nord) que nous étions habitués à voir dans le paysage des infrastructures sanitaires les plus cotées, il y a des centres de santé d'obédience musulmanes qui se sont établis (le centre médico-social Chifa unité 24 et Oumoul Mouminine à l'unité 24 également). C'est dire autrement que, la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies est un espace géographique où se côtoient des structures sanitaires très diversifiées. La cohabitation des établissements de soins s'inscrit dans un rayon généralement inférieur ou égal à un (1) kilomètre. Un tel constat qui traduit profondément l'irruption dans le domaine de la santé des religieux et des privés lucratifs, ne saurait manquer de soulever des interrogations. Notre sensibilité de géographe nous amène à nous intéresser à leur distribution spatiale. La question ici soulevée, est pourquoi, dans un même espace géographique, des structures de soins de toutes natures, singulièrement de nature privées, se disputent la desserte médicale ?

Cette question est d'autant plus pertinente si l'on sait que la carte sanitaire révèle, outre les disparités entre zone urbaine et zone rurale, des disparités entre département à Dakar. Cette question aussi, loin d'être anodine, nous impose de nous intéresser à la nature des activités et de l'offre de soins des structures privées lucratives et non lucratives qui font ici l'objet de notre préoccupation singulière. Sous la forme interrogative, cette préoccupation se décline en un questionnement logique : quelles sont les offres de soins de ces structures sanitaires

privées ? En quoi diffèrent-elles les unes des autres ? Quelle place, ces structures de santé privées occupent dans le dispositif sanitaire global?

Cela dit, leur positionnement géographique, lequel traduit un net engouement pour la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies et plus, pour certaines unités plutôt que d'autres, nous amène à nous poser la question suivante : pourquoi le choix d'un tel emplacement ? Cette zone est-elle simplement stratégique ou nécessaire en structures sanitaires au point de se voir envahie par les structures sanitaires confessionnelles et privées lucratives ? Il serait tout aussi intéressant de savoir quel est leur taux de fréquentation. Vues que ces structures sont pour la plupart toutes proches, quelle est leur desserte médicale ? Y – aurait-il une offre excessive des services de santé privés et incontrôlés du fait de la superposition de leur zone de desserte ? Ces questions, nous nous les posons pour mieux cerner la question sous une approche géographique, et plus particulièrement sous l'angle de la géographie de la santé. Mieux cerner les questions que posent l'activité et l'offre de soins des structures de santé privées, c'est aussi poser des objectifs et des hypothèses que nous déclineront ci-dessous. L'intérêt que nous accordons à notre sujet : « **la géographie de l'offre et de l'activité des structures sanitaires privées dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies.** » se justifie entre autres, par les faits relatés pour faire un premier état des lieux. La dynamique socio-spatiale suscitée par l'offre de soins privés dans sa généralité, mérite des investigations. Jusque-là, les recherches ont beaucoup plus porté sur l'activité des l'offre publique. Dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies, nous trouvons les aspects illustratifs de la propension grandissante du secteur privé.

La géographie des soins se positionne aujourd'hui, comme un outil de diagnostic pertinent pour évaluer l'organisation et la distribution des services de santé. C'est ainsi qu'au-delà d'une première étape descriptive de l'offre de soins, nous procéderons non pas à la mesure exhaustive de l'activité des structures de soins privées mais surtout à une documentation des types et volumes d'activités. Il s'en suivra l'identification des types d'usagers. Pour ce faire, nous avons choisi un certain nombre d'indicateurs spécifiques à la collecte des informations. Nous les précisons dans le cadre méthodologique de notre travail. Les données disponibles sur le secteur sanitaire privé n'a que faiblement prévalu dans les documents de référence nationale de la santé tels que le PNDS, les annuaires statistiques du ministère de la santé. Seul l'annuaire statistique 2010 a traité de l'activité de certaines structures sanitaires privées, des

cliniques en l'occurrence. Les documents exposés n'ont porté que sur le premier trimestre¹². Une situation qui va aux antipodes des volontés de mise en œuvre du partenariat public privé (PPP) qui nourrit les discours et programmes du PNDS. L'offre de soins privée et son activité n'a également été traitée que partiellement dans les mémoires de maîtrise que nous avons consulté. L'étude des structures de santé confessionnelles a prédominé dans les ouvrages relatifs à l'offre non lucrative. Les investigations ont concerné les services de santé catholiques, pourtant cohabitant depuis quelques années avec les structures de santé d'obédience musulmane. Fort de cela, nous avons intégré dans notre recherche tous les points qui nous ont semblé négligé dans les ouvrages consultés.

Pourtant une meilleure prise en compte du privé avec sa diversité, pourrait décharger l'Etat d'une majeure partie de son rôle de pourvoyeur en ressources humaines qualifiées. Le partenariat public-privé peut également résorber un bon nombre de difficulté liés à la couverture sanitaire et à la diversité de l'offre de soins. Cependant, « la presque totalité du financement public est orientée vers les structures publiques alors que les structures privées participent à la prise en charge de la santé de la population qui est dévolue à l'Etat.¹³ » Ces perspectives de collaboration seraient facilitées par des recherches et une disponibilité de l'information qui mettrait en exergue l'utilité ou les difficultés du secteur sanitaire privé. En plus, le recensement des structures privées seraient d'un apport considérable dans la production de données statistiques plus fiables pour les documents de référence nationale et de planification sanitaire. L'approche géographique du traitement des données aboutira à une production de cartes numériques, constituant un outil d'aide irréversible à la décision.

Pour mener à bien l'analyse de notre thème de recherche, nous avons au terme de nos questionnements consécutifs à la problématique, procédé à l'opérationnalisation des concepts clés.

1.2 Analyse conceptuelle :

La **géographie du système de soins** est désormais l'un des axes de recherche en géographie¹⁴. La géographie des soins est ainsi définit comme: « *une analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins. Une analyse de la répartition dans l'espace et dans le temps du système de soins et de l'appareil de distribution de biens et de services médicaux à*

¹² Données obtenues à partir du PNDS 2009-2018

¹³ibid

¹⁴ Picheral, 2005 « la géographie de la santé » in les « concepts de la géographie humaine », chapitre 17, pp 229-240.

différentes échelles. C'est également l'étude géographique et sociale de la fréquentation des services de santé et de la consommation médicale. Ses objectifs sont la recherche de la satisfaction des besoins de santé et une orientation plus efficace des investissements publics et privés » (Picheral, 1984). Ainsi, son étude permet de décrire la répartition spatiale des structures sanitaires dans un espace donné. Dans cette optique, nous nous sommes investis dans l'étude de l'offre de soins privés dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies. Pour ce faire, il a été nécessaire de clairement définir les concepts clés de notre sujet et de proposer nos perspectives. L'ambition d'une analyse pluridisciplinaire a largement influencé la discussion et l'opérationnalisation de nos concepts. C'est ainsi qu'à l'issue d'une documentation portant sur la géographie des soins et sur l'offre privée nous proposons les définitions suivantes regroupées cependant en deux parties. Selon qu'elles traitent de l'offre de soins (en termes de répartition géographique des services de soins, de répartition du personnel de santé et d'accessibilité physique) ou qu'elles traitent de l'activité des structures (en terme de volume d'activité, de taux de fréquentation, de la morbidité diagnostiquée, ...) nous avons tenté de préciser les spécificités des indicateurs.

Les concepts clés et les indicateurs de la géographie des soins :

L'offre est définie communément comme l'action de donner, de proposer quelque chose au profit de quelqu'un de bon gré. Elle peut également renfermer un sens mercantile où l'offre se fait en fonction d'une demande qui ne sera satisfaite qu'en échange d'un bien économique. Dans la problématique sanitaire l'offre a suscité un grand effort de définition. Elle correspond : « *en économie de la santé, aux ressources sanitaires dont dispose une population...* »¹⁵. Globalement, c'est : « un terme générique qui recouvre tous les services de santé les professions médicales (médecin), les auxiliaires médicaux, les établissements de soins, public et/ou privés et leurs équipements (clinique, hôpitaux). ». Elle est décrite également comme : « *l'ensemble des moyens d'un système de soins au sein d'un système de santé donc tributaire du niveau de développement de la population, d'un Etat, d'une région, d'une ville ou d'une campagne (milieu rural)* »¹⁶. C'est ainsi un indicateur clé pour l'évaluation du degré de médicalisation d'une population.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le **système de soins** c'est : « *l'ensemble des activités officielles ou non, qui porte sur les services de santé et mis à la disposition de la*

¹⁵ Picheral, 2001 « dictionnaire raisonnée de la géographie de la santé », Université Montpellier III 308 p.

¹⁶ Picheral, 2001

population et sur l'utilisation de ces services par la population. » En cela, l'offre de soins devient à notre appréciation une configuration réfléchie et établie par des individus d'un même espace de vie, animés par l'ambition de préserver un bon état de santé collectif. D'autres comme San Martin, (1983), le définissent comme : « *comme l'ensemble de activités officielles ou non, publiques ou privées, cohérentes interdépendantes qui organisent (agissent) de façon continue suivant des objectifs communs et des programmes de manière à produire un effet total souhaitable et évaluable dans une population donnée.* ». Cette définition prend en compte plusieurs aspects de l'offre de soins respectivement officiels à savoir les soins institués ou supervisés par l'Etat et les soins non officiels traditionnels à priori. C'est précisément cet aspect informel qui va nous permettre de décrire plus en profondeur, la multitude des types de soins dans les sites urbains ou périurbains. En effet, nous comptabilisons en plus des **soins traditionnels** locaux (propres aux terroirs sénégalais), d'autres soins exotiques. La médecine étrangère s'est incrustée dans le secteur sanitaire privé. Pour preuve, les cabinets de soins chinois se multiplient ainsi que de nouvelles thérapies prodiguées par des ressortissants de différentes régions d'Afrique. De ce fait, Il est assez fréquent de rencontrer des églises protestantes qui font aussi office de services de santé confessionnels. Le prêche, les récits évangéliques deviennent des remèdes pour des maux à caractères spirituels. Il apparaît donc que la diversité de l'offre de soins a beaucoup évolué depuis le temps dans une même branche : le traditionnel. Le recours à la voyance sous toutes ces formes, aux services de charlatans ou marabouts exprime un besoin de soins psychologique, lequel n'est pas disponible au niveau des établissements de santé de proximité. Le modernisme du secteur privé traditionnel se concrétise plus l'utilisation d'outils de diagnostics tels les radiographies ou échographies, le tensiomètre couramment utilisés par bon nombre de tradipraticiens. Cette pratique viendrait à priori, compléter ou crédibiliser leurs verdicts sur les pathologies déclarées. A notre niveau, nous nous accordons à catégoriser la médecine traditionnelle aux rangs des services de santé du privés.

Ainsi, nous le constatons, le secteur public comme privé de santé sont un ensemble de service établi pour promouvoir l'état de santé des communautés. Cependant, très souvent, les faits sur le terrain sont décalés des théories. La santé est devenue un secteur d'activités avéré, dans lequel se sont investis d'autres acteurs, en plus de l'Etat, qui ne détient plus le monopole de décision. L'analyse de la répartition géographique des structures sanitaires privées est un élément essentiel rendant compte des réalités autres que des objectifs et programmes communs axés sur des résultats de santé communautaire. On le voit à travers la définition

suivante : « *c'est la partie du système de santé correspondant à l'offre de soins. Il concerne l'organisation et les caractères de la distribution des soins d'un point de vue administratif, juridique, économique, sociale et spatiale.* » (Picheral, (1984). La géographie prend en compte les pratiques sociales sur un espace donné, pratiques qui aboutissent à des modèles de structuration originaux selon les types de communauté. L'organisation spatiale des services de santé, se révèle indispensable pour comprendre et rectifier les disparités en matière d'allocation des ressources sanitaires et en termes d'équité tant recherchée.

L'offre de soins renvoi également au personnel de santé et également à sa répartition dans l'espace. Ainsi, nous convoqueront pour l'analyse de la couverture sanitaire de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies les indicateurs suivants : la **densité médicale** relative aux prestataires de soins ou aux équipements (nombre de médecins ou de lits pour 100000 habitants en général) et la **desserte médicale** relative aux usagers (population desservie par un service ou un praticien). Cependant, il faut souligner que les prestataires de soins traditionnels ne sont pas pris en compte. Nous le disions tantôt, l'offre de soins traditionnelle reste très vaste et inscrite dans un contexte informel.

Le concept d'offre dans le domaine de la santé a jusque-là, été axé majoritairement sur l'évolution et la dynamique du secteur public et dans une moindre mesure sur l'offre privée. Seulement, l'offre de soins privés lucrative est en plein essor dans les sites périurbains moins dotés que les villes. Cette situation vaut tout l'intérêt que nous accordons à notre sujet, du moment que les problèmes d'accessibilité se poseront plus pour des raisons socioculturelles que physiques. Les types d'établissements de santé sur lesquels nous travaillons sont entre autres des centres, postes, cabinets et cliniques médicaux tous désignés comme de structures sanitaires. La **structure** est : « *un arrangement constituant d'un objet, d'une organisation.* » Il est également défini comme « *un mode d'organisation des éléments : la géographie a déjà beaucoup travaillé sur les structures agraires, sur les structures de l'habitat, moins sur les structures industrielles. Elles s'intéressent aux structures sociales, aux structures économiques, aux structures d'encadrement, aux structures de production voire aux structures géologiques, où le mot structure est pris dans un sens assez vague. Recouvrant la division de chaque domaine en classes ou types éventuellement les relations que ces classes ou types entretiennent, et parfois même leur différenciation spatiale.* »(Picheral, 2001). A notre niveau la lecture de ce mot associé à celui de sanitaire, reflète un système de soins hiérarchisé et organisé. Les activités curatives sont coordonnées et supervisées dans le cadre d'une organisation des tâches et dans des locaux spécifiques aux activités de soins. La

structure renvoie à l'infrastructure dans lequel les soins sont dispensés, mais précisons aussi que chaque structure présente des spécificités. Ainsi on distinguera les centres médicosociaux des centres ou poste de santé, hôpitaux, cliniques et cabinets. Chaque établissement est déterminé selon son plateau technique médical et son personnel de santé. Dans le secteur public, les soins de santé primaires sont disponibles au niveau inférieur ou périphérique, tandis que la médecine générale est disponible au niveau des hôpitaux de niveau 2 et les soins spécialisés (spécialités chirurgicales et médicales) sont du ressort des hôpitaux de niveau 3. On retrouve pareille structuration dans le privé. Seulement, dans l'offre privée, la spécialisation est plus fréquente. Des soins dentaires ou gynécologiques peuvent constituer l'offre d'un cabinet ou d'une clinique tandis que les actions caritatives font la particularité des structures socio médicales confessionnelles.

Les concepts relatifs à l'activité du système de soins, recours et accès aux soins :

L'activité est : « la faculté d'agir, une puissance »¹⁷. Adapté à notre thème, le sens approprié est : « un ensemble d'actions et d'opérations humaines visant un but déterminé. » l'activité des structures sanitaires, correspond donc à l'ensemble des actions et des opérations des professionnels de la santé déployées pour répondre aux besoins de santé des populations. Les activités de santé sont à priori curatives et préventives dans des établissements de soins équipés à cet effet. Cependant, ces activités peuvent être menées avec des ambitions différentes. Des activités peuvent être exercées dans le cadre d'une entreprise à but lucratif ou à but non lucratif.

Dans le premier cas de figure, le système est orienté vers une production de services payants pour les usagers. La recherche du profit et de l'accumulation de capitaux prévaut dans les activités du secteur privé. Cette pratique correspond au système Beveridgien essentiellement privé ou nationalisé comme c'est le cas aux Etats Unis d'Amérique, au Danemark, en Grande Bretagne, en Finlande, entre autres pays. Une recherche perpétuelle de l'attractivité des consommateurs booste les acteurs. La performance de leurs systèmes mais surtout l'efficience seront les objectifs prioritaires (les résultats sont-ils à la hauteur du financement ?). **Le privé lucratif** est donc à notre niveau, assimilé aux services de santé exerçant leurs activités moyennant de l'argent. Les structures de santé privées sont en cela des entreprises où le gain, le clientélisme et la rentabilité prévalent.

17 D'après sa définition dans le dictionnaire Universalis,

Dans le deuxième cas de figure, la couverture sociale est élaborée sur fond de système pluraliste et solidaire appelé communément régime Bismarckien. Le principe est basé sur la protection sociale pour le maximum de population comme c'est le cas en Allemagne, en France, en Autriche, en Belgique, Luxembourg ou au Japon. Le mercantilisme caractéristique majeur du capitalisme est de moindre envergure dans ce contexte de soins **privés non lucratifs**. Les politiques de santé sont orientées vers une diffusion maximale de l'offre de soins pour une grande accessibilité physique, financière et socioculturelle des populations. La recherche de l'équité et de l'efficacité structure les planifications. Un autre aspect du « non lucratif » est illustré par les religieux à travers leurs activités médicales dans leurs structures sanitaires confessionnelles. Leur obédience religieuse ajoute une particularité à leur offre de soins. D'aucun se sont accordé à leur témoigné de prime abord, une grande humanité à l'égard de leurs patients. Dans notre revue documentaire nous évoquons la vocation sociale de ces postes de santé liée à priori à leur éthique religieuse. Un point qui vaut à ces entités la réputation de la qualité de leurs soins et un taux de fréquentation conséquent. La prise en charge médicale dans les entreprises est aussi une facette du secteur sanitaire privé non lucratif. Dans le cadre de leur fonction, un salarié peut contracter une assurance maladie ou être membre d'une mutuelle de santé pour une subvention des coûts de soins de sa famille. Ces pratiques contribuent à la motivation des employés. L'activité des services de santé privés s'évaluera partiellement par l'exploitation des registres de consultations et/ou des rapports d'activités avec cependant un choix des indicateurs propres à l'étude de la géographie des soins.

Les indicateurs sont essentiellement quantitatifs et d'efficacité pour évaluer le volume d'activité des différentes structures. Ainsi nous calculerons à l'aide des formules relatives aux **taux de fréquentation, morbidité diagnostiquée, aires de recrutement, taux d'utilisation apparent**. Nous précisons dans la méthodologie la définition de ces indicateurs.

Il a été nécessaire au-delà de cette phase d'opérationnalisation de concepts de décliner nos objectifs et hypothèses de recherches. Cette étape est un préambule impératif à toute réflexion scientifique.

1.3 Objectifs de la recherche

Objectif principal

- Documenter la géographie de l'offre et l'activité des structures de santé privées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.

Objectifs secondaires

- Documenter l'offre de soins privée dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.
- Analyser l'activité des structures de soins privées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.
- Analyser les motifs de fréquentation et les itinéraires thérapeutiques des patients.

1.4 Hypothèses de la recherche

Hypothèse principale :

La multiplication des structures de santé privées dans la Commune d'arrondissement des Parcelles Assainies, s'explique par la non régulation du secteur et la reconversion des soignants en entrepreneurs.

Hypothèses secondaires

- Le développement du secteur de santé privé se justifie par la nature des équipements et les crises multisectorielles rencontrées par les structures de santé publiques.
- La logique d'implantation des cliniques, cabinets médicaux privés obéit à une orientation stratégique, en termes d'accessibilité géographique et d'opportunités.
- L'offre de soins des structures confessionnelles répond à des types de besoins spécifiques.

Le tableau ci-dessus illustre le croisement que nous avons fait pour structurer nos travaux

Tableau 1 : Récapitulatifs des considérations théoriques

QUESTIONS DE RECHERCHE	OBJECTIFS	HYPHOTESES	INDICATEURS	DONNEES
Quels sont les facteurs de l'évolution fulgurante des structures sanitaires privées dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies ?	OG : l'objectif général de ce travail de recherche est d'étudier la géographie de l'offre et de l'activité des structures de soins privés dans la Commune d'Arrondissement Parcelles Assainies (district sanitaire nord).	HG: La prolifération des structures de santé privée s'explique par la non réglementation du secteur et le libéralisme.	Relevé des coordonnées GPS des structures de soins sur le terrain.	Définir le nombre de structures de santé dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies
Comment l'offre de santé privée structure l'espace dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies ?	OS1: documenter et analyser l'offre de soins privée dans La commune d'arrondissement des parcelles assainies (dans le district nord).	HS2: l'implantation des cliniques, cabinets médicaux du privé obéit à une orientation stratégique en termes de recherche d'accessibilité physique et d'opportunités mercantiles	Desserte médicale Densité médicale accessibilité	Nombre de structures de santé privées le nombre de praticiens.
Pourquoi les structures sanitaires privées cohabitent cote à cote dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies.	OS2: documenter les volumes d'activité des structures de soins privés dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies	Le développement du secteur de santé privé se justifie par la nature des équipements et les crises multisectorielles rencontrées par les structures de santé publiques.	Taux d'utilisation Apparent L'air de recrutement Espace sanitaire Morbidité diagnostiquée	Population cible avec exploitation des registres de consultation ou les rapports d'activités.
Quelles est l'offre et la spécificité des soins des structures confessionnelles de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies ?	OS3: Documenter les motifs de fréquentation et les itinéraires thérapeutiques des patients.	HS3: L'offre de soins confessionnelle vient répondre aux besoins spécifiques de certains patients.	Taux d'utilisation Apparent, l'Aire de recrutement ou espace sanitaire Morbidité diagnostiquée	Population cible avec exploitation des registres de consultation ou les rapports d'activités.

Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012

Dans une première phase de bilan sur l'offre de soins privée nous avons procédé à l'exposé des problématiques ayant suscité notre intérêt, dans cette la deuxième phase nous allons décliner la méthodologie de notre recherche.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Chapitre II : Cadre méthodologique

2.1 Revue critique de la littérature :

La documentation qu'il nous a été donné de consulter, confirme que la santé se positionne comme un secteur d'activité avéré, en plus de représenter un enjeu économique, politique et social. La géographie de la santé permet l'évaluation de l'état sanitaire d'une population sur un territoire à l'aide de la dimension géographique et d'entreprendre sa modélisation. La géographie de la santé est donc une discipline au cœur de l'actualité, en témoigne la définition de l'OMS, (1948): « *l'étude spatiale de la qualité de la santé des populations, de leurs comportements et des facteurs de leur environnement qui concourent à la promotion ou à dégradation de leur santé.* ». Beaucoup d'ouvrages ont ainsi été produits dans ce contexte. Selon leur thématique, nous avons procédé à une classification ayant permis une structuration allant des généralités sur la santé, sur l'offre de soins à la spécificité de l'offre privée. C'est ainsi que 3 parties se sont dégagées à l'issue de l'exploitation de la documentation.

La documentation sur la géographie des soins :

La répartition des structures de santé dans l'espace est une thématique dans laquelle se sont investis les géographes de la santé. Les questions de l'aménagement du territoire et les inégalités dans la répartition des services de soins à différentes échelles sont largement pris en compte pour tenter de restituer une équité dans le système de soins.

Des ouvrages ont porté sur la problématique du système de soins au Sénégal, ceux de Salem, 1998 et de Niang, 1997. Les thématiques de leurs centres d'intérêt portant sur des localités différentes et relatives à l'offre de soins, nous ont édifiés sur l'état des travaux et sur des perspectives à approfondir.

Les travaux de Salem, 1998 intitulés « urbanisation et santé en Afrique de l'ouest » ont porté essentiellement sur les relations entre un espace urbain et la santé. Plusieurs aspects ayant un impact sur l'état de santé de la population pikinoise ont été analysés dans une localité où la planification sanitaire n'a pas été faite à priori par les autorités. Une situation qui a largement contribué au dispositif sanitaire marqué par une diversité dans l'offre de soins composée à la fois de soins modernes et traditionnels. La ville de Pikine, comme la plupart des sites urbains de l'Afrique de l'ouest, abrite des services de santé publics et privés. L'espace urbain et le système de soins d'une grande ville à urbanisation irrégulière, pauvre a été le cadre d'étude choisi pour documenter les dynamiques spatio-sanitaires. C'est ainsi que, 6 points majeurs ont structuré le déroulement des recherches : la caractérisation de l'espace urbain pikinois, l'étude

de l'activité du système de soins, l'analyse de la couverture sanitaire et du recours thérapeutique, l'étude des indicateurs synthétiques de santé comme la mortalité et la natalité..., l'étude épidémiologique du paludisme et l'étude de l'organisation territoriale. Ainsi la méthodologie adoptée est transversale. Les faits de santé à Pikine sont analysés sous des angles à priori spatiaux, mais surtout avec d'autres approches qui rendent plus pertinentes la fiabilité des données. Cependant comme dans la plupart des ouvrages que nous avons consultés, la géographie des soins de santé privés au Sénégal, est incluse dans une étude généralisée où elle n'est que partiellement traitée. Des revues et articles scientifiques ont cependant décrit les dynamiques de structures de soins privées, nous les citons plus loin.

Niang (1997) analyse et décrypte largement les soins de santé primaires dans l'étude de l'évolution de la desserte médicale et du recours aux soins de santé primaire dans le delta et la moyenne vallée du fleuve. Les méthodologies d'analyse du recours aux soins primaires sur une durée de dix ans ont révélé les caractères changeants et évolutifs des besoins de soins et de santé. Ce fut également un exercice de démonstration des inégalités spatiales en termes d'accessibilité dans un arrondissement à priori bien desservi comparé au reste du Sénégal. L'approche géographique a montré les impacts de l'aménagement mal planifié et excluant des couches vulnérables de cette localité (les transhumants). Seulement les faits sont variables d'une localité à une autre, on le voit au Sénégal, les régions sont des entités moins dotées et avec des spécificités mal pris en compte. Ce que nous ambitionnons, c'est à une autre échelle, en l'occurrence la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies de faire des analyses complémentaires. Ces analyses seront axées sur des pistes de réflexion déjà enclenchées dans la problématique de la desserte médicale et le recours aux soins de santé primaires à Ross Béthio.

Par ailleurs, les problèmes d'aménagement du territoire et la pseudo urbanisation caractéristique des pays en voie de développement ont été des éléments autour desquels sont portés des réflexions. C'est ainsi que, les problématiques d'inégalité dans l'accès aux soins de santé communautaire ont été décrites comme les conséquences d'une maîtrise encore lacunaire des espaces. A l'échelle du district sanitaire nord, de villages traditionnels et de quartiers spontanés les travaux de Ba(1999) et Kane(2002) ont relaté les réalités d'une couverture sanitaire peu efficace. Une situation qui a engendré un état de santé des populations en deçà des normes de l'OMS. Pour ces travaux également, nous avons pu constater que l'analyse a été axée sur le secteur public. Cependant, les résultats obtenus nous ont servi de base de départ en termes de statistiques sur la morbidité diagnostiquée et sur les

dynamiques de fonctionnement des services de soins publics dans le district nord. Il serait intéressant de pouvoir à l'issue de nos recherches actualiser les informations sanitaires.

L'offre de soins privée

La documentation relative à l'historique des soins de santé privés a nécessité le recours aux Archives Nationales du Sénégal (ANS) pour une analyse plus en profondeur du phénomène de multiplications des cabinets, cliniques et autres services paramédicaux privés.

Nous avons pu avoir des sources de leur avènement, plus lointaines dans le temps que celles évoquées dans les ouvrages généraux que nous avons consultés. Nous le disions tantôt à l'entame de notre problématique de recherche, la médecine privée existait déjà durant la période coloniale mais sous des formes et avec des réglementations différentes de celles que nous pouvons observer actuellement¹⁸.

Cependant les réformes hospitalières et la frustration des médecins a porté le phénomène aux proportions importantes que nous observons aujourd'hui. De la rareté des soignants exerçant dans le privé (au nombre de 14 en témoigne la liste nominative des praticiens fonctionnaires en service à Dakar autorisés à exercer en clientèle privée publiée en 1952)¹⁹, on est passé à leur prolifération de nos jours. Nous nous gardons de donner des chiffres relatifs à leur nombre, car nous n'avons pu les obtenir. Le ministère de la santé ne dispose également pas de données exploitables sur l'offre de soins privée.

Des travaux axés sur une approche historique ont pu nous renseigner sur les mécanismes d'un système de santé globalement tributaire de la politique des colons. L'époque coloniale est un épisode décisif durant lequel les bases de la politique de santé du Sénégal ont été établies. En effet, 50 ans après les indépendances, les hôpitaux de référence sont encore Le Dantec, l'hôpital Principal, l'hôpital Fann.

Kanté, 2011 nous décrit les politiques sanitaires du Sénégal au temps colonial dans un contexte de mise en valeur intense des ressources humaines et territoriale de 1939 à 1960, au profit des occidentaux. Ce document nous édifie sur « *la santé décrite comme l'une des pages sombres de la période coloniale* » et sur l'historique des œuvres de bienfaisance, un aspect

¹⁸ Voir en annexe les textes de l'administration (gouvernement général) de l'AOF portant sur les autorisations relatives à toute pratique de médecine privée. Ces documents illustrent la réglementation draconienne du secteur de la santé par les autorités d'antan.

¹⁹ Voir la liste en annexe. L'ensemble de ces documents proviennent des sources archivistiques des Archives Nationales du Sénégal. Les séries consultées sont entre autres, la série H (santé) et la série H (fonds AOF et fonds Sénégal).

majeur que nous traitons à travers l'étude des services de santé confessionnels. Cependant pour autant que cette analyse historique soit déterminante, elle ne peut que nous éclairer partiellement, du moment qu'elle ne traite pas des questions spatiales. En plus de l'historique des structures de soins privés, nous avons enrichi notre revue littéraire avec des articles.

L'analyse de l'offre de soins ne saurait être pertinente sans étude comparative pour mettre en exergue les particularités. A Pikine, les résultats des travaux de Salem, (1998) sur l'offre de soins présentent des similitudes et des divergences avec les données des Parcelles Assainies. Les similitudes sont relatives aux caractéristiques de mobilités notamment avec les moyens de locomotion : le transport est assuré par les véhicules en commun tels que les cars rapides, les « clandos », les bus, les taxis. La marche est également un moyen de déplacement pour les populations sur des distances raisonnables. Les déplacements internes dans la commune d'arrondissement sont évalués à 100000 unités/jour vers les réseaux sociaux de base. Comme nous le constatons dans les cartographies de Pikine et des Parcelles Assainies, les services de santé privés sont localisés le long des axes de communications, près des marchés et autres services très usités des populations. Une logique d'implantation tributaire d'une recherche d'accessibilité géographique et d'une visibilité comme toute entreprise recherchant une rentabilité. Cependant cette recherche de visibilité n'est pas la règle générale. Dans certains cas comme nous le précisons dans la description des structures de santé privées, des services se singularisent par leur absence d'enseigne publicitaire.

A Ouagadougou, des praticiens retraités exercent à domicile, libérant une pièce de leur concession aménagée en cabinet de soins, donnant sur la rue pour la réception des patients. Ces types de cabinets bien nombreux dans le centre-ville, s'installent progressivement dans les quartiers périphériques lotis. La compétition est enclenchée entre les structures de soins privées de Ouagadougou, comme dans notre cadre d'étude, les services de santé se partagent la desserte médicale dans une aire réduite, avec des distances inférieures à 1 km (5 à 6 structures de soins par zone à Ouagadougou). Ces concentrations sur des zones s'opposent à « des déserts médicaux » (Picheral, 1998). L'espace est tributaire des enjeux et des jeux de pouvoir (Salem, 1998). Dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, les confessionnels tout comme le privé lucratif sont responsables et décideurs des localités d'implantation. Pour le centre médicosocial Chifa, l'immeuble occupé à l'unité 24, a été loué par un membre actif de l'association caritative, qui a concédé à des dérogations au niveau des coûts. De ce fait l'établissement est implanté derrière la mosquée connue des « hibadus », qui, eux aussi, sont pour une bonne part résidents du même quartier. Le lieu de résidence des

leaders est très souvent facteurs d'établissement des services de soins. Pour le second centre socio médical Oumoul Mouminina, les données sont similaires. Les initiateurs se sont mobilisés pour aider les populations de leur localité, leur itinéraire d'implantation souvent changeant, est un marqueur de leur historique et logique de localisation.

L'offre privée, nous le soulignons à l'entame de nos réflexions, est marquée par une dualité quant à ses caractéristiques lucratives ou non lucratives. L'aspect non lucratif a été largement documenté dans les ouvrages ci-dessous que nous avons exploités.

Les œuvres confessionnelles au service des plus défavorisés:

La charité est une providence pour les démunis ou les laissés pour compte du système de santé. Les œuvres confessionnelles se sont distinguées, depuis 1819 dans cette pratique. Leur domaine d'intervention est multiple : éducation, santé, promotion féminine et de façon plus globale, l'aide au développement durable des communautés. Cependant, leur intérêt dans le domaine de la santé est plus marqué, en témoigne la pluralité des dispensaires et postes de santé qui n'ont cessé de croître depuis la période coloniale, (Sagna, 2006). Précisons juste que leur avènement est également largement tributaire de la volonté des autorités coloniales d'améliorer l'état de santé des indigènes et d'augmenter la productivité agricole et économique, (Kanté, 2010-2011). C'est ainsi qu'il précise que la politique était motivée par la « conservation de la race ». Les œuvres privées, confessionnelles ou autres avaient apporté une collaboration précieuse à la protection de l'enfance. Ainsi plusieurs missions catholiques orientaient une partie de leurs actions vers l'assistance sociale. Leur évolution sur le territoire s'est faite en deux phases : de 1819 à 1947 et de 1948 à nos jours. Pour le Sénégal, de la forte prérogative qui leur était confiée du temps colonial on passe à l'amenuisement de leurs dynamiques et activités notamment avec les réformes post indépendances. Cependant, leurs activités et leurs structures ont survécu malgré les réformes. Pour certaines congrégations, une organisation en association s'est imposée pour la pérennité de leur statut.

Les structures catholiques

Selon Gruénais Marc-Eric²⁰ qui évoque leurs origines dans ses recherches au Cameroun : « l'œuvre de santé des églises chrétiennes est indissolublement liée à l'entreprise missionnaire et l'offre de soins confessionnels a eu incontestablement un effet non négligeable sur la

²⁰ Gurénais Marc-Eric : éthique religieuse et déontologie médicale, source Google 16H : 29 le 2 septembre 2011. Thème religion et santé : s'interroger sur l'incidence des valeurs religieuses sur l'offre de soins.

structuration de l'offre de soins dans nombre de pays africains : jusque dans les années 1920,... ». Un même schéma, semble-t-il, qui s'est déroulé au Sénégal et probablement dans tous les pays ayant évolué sous le joug des colons. Malgré, les réformes apportées dans le système sanitaire de notre pays et plus récemment le découpage du territoire en districts sanitaires, ces dites structures confessionnelles ont su demeurer dans le dispositif territorial. Mieux, en 1967, elles se consolident avec la création de l'Association des Postes de Santé Privés Catholiques du Sénégal (APSPCS). Leur soutien constants aux populations, ont motivé leur reconnaissance au rang des structures d'utilité publique (le décret N°983671 du 29 juin 1983). L'APSPCS, partie intégrante des Œuvres Sociales de l'Eglise Catholique, est mandatée par la conférence Episcopale des Evêques du Sénégal.

Dans d'autres pays, les congrégations religieuses se sont tout simplement érigées en d'incontournables acteurs de la santé. Au Cameroun, le secteur confessionnel fournit 13% des lits disponibles (Gruénais, op.cit). En 1990, l'estimation du financement de ce secteur est évaluée à près de 10 milliards alors que la moyenne annuelle l'aide nationale pour la même période est de 6 milliards (Hours, 2001). Les districts de tokombéré et de mokolo se singularisent par une forte implantation des structures confessionnelles, dans la province de l'extrême nord, région agricole pauvre et difficile d'accès. La ville de tokombéré avec ses 90000 habitants est divisée en deux aires de santé. L'une est desservie par la structure publique, l'autre dépend directement de l'hôpital privé confessionnel faisant en même temps office de centre de santé. Depuis 1998 le maillage, de ces structures confessionnelles se densifie en plus de desservir des localités exclues de leur espace médical. C'est ainsi que les services de santé religieux dépassent les normes fixées par le ministère de la santé publique, d'une limite de 7000 à 10000 habitants préconisée pour une gestion optimale, on est passé à 20000 voire 400000 dans certains aires.

Devant ces forts taux de polarisation des services de santé confessionnels l'on pourrait s'interroger sur la particularité de leurs activités. Jaffré et De Sardan, (2003) qualifient la médecine africaine d'inhospitalière et les centres d'inhospitaliers. Les patients y sont victimes de maltraitance pour cause d'anonymat et parce qu'ils sont pauvres. Ainsi la qualité de l'accueil, ou la spécificité de certaines prestations dans les structures d'obédiences religieuses explique dans une large mesure la préférence des populations.

Des ouvrages sur les Parcelles Assainies

Le district nord, dans lequel s'inscrit notre cadre de recherche, la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, est une localité qui a déjà suscité l'intérêt de quelques chercheurs. Ainsi, des médecins fin de cycle de formation à l'ISED et des géographes se sont livrés à des études dans le champ de la santé. Les approches méthodologiques ont différé, seulement le cumul des données des travaux sur les programmes de lutte contre les IST/ VIH/ SIDA de Diallo, (2006) et le reste des travaux géographiques a renseigné sur les réalités d'un espace dans lequel s'inscrit notre cadre d'étude.

Les ouvrages consultés ont porté sur les questions de mobilités, et d'accessibilités aux structures de santé du secteur public. Nous le voyons dans les travaux de (BA C.T, 1999) traitant des questions d'accessibilité aux soins de santé primaire avec un répertoire de postes de santé public. Un grand effort d'identification du profil sanitaire du district nord a été fait avec comme échantillon 4 postes de santé témoins sur les 12 au total : Khar Yalla, Grand Yoff, Norade, Cambérène. Pour ces diverses structures, les populations cibles sont desservies à des degrés différents. Les facteurs évoqués sont les découpages du territoire en espaces médicaux pour chaque service de santé. Cette initiative conçue pour régler et assurer une proximité raisonnable aux soins n'a pas été très souvent efficace. Ainsi, La longueur de la distance à parcourir pour le recours aux soins a été un facteur attractif ou répulsif des postes de santé. Ces faits trouvent leur illustration dans l'analyse des taux d'utilisation des 4 structures, les pourcentages ont largement été en faveur du poste de santé de Cambérène avec 60, 3% contre des taux soit 0,6 contacts par an et par personne contre 0,1 pour Norade et Grand Yoff. Les patients ont contourné à dessein le service de soins de Grand Yoff pour recourir à ceux de proximité du centre de référence Nabil Choucair. Au-delà de ces données précieuses sur la spatialisation du secteur public et sur leur aire de polarisation, nous ambitionnons de documenter la logique d'implantation des services de santé privés. Il serait utile d'actualiser les dynamiques relatives aux questions de santé car elles sont extrêmement évolutives.

La morbidité diagnostiquée répertoriée

Tout autant que les inégalités d'accessibilité relaté dans les ouvrages de (Ba C.T., 1999), Il ressort des morbidités différentes, relatives aux pratiques sociales et aux problèmes d'assainissements. Des données statistiques nous ont été fournies et pourront de ce fait être confrontées aux résultats de nos recherches. Les affections cutanées ou dermatoses, les

bronchites, les parasitoses intestinales, les diarrhées, les affections buccodentaires et les anémies ont entre autres particulièrement attiré notre attention. (Kane, 2002) traite des mêmes problèmes de gestion dans ce district, mais son étude est plus axée sur les quartiers spontanés et les villages traditionnels. Pour ces sites, le sous équipement en infrastructures d'éducation et de santé a eu des retombées négatives sur l'état de santé des populations. Toutefois, les faits de santé évoluent très rapidement. En effet, Faye en 2003 répertorie le paludisme et les dermatoses comme les principales pathologies des Parcelles Assainies. Les faits de santé sont très évolutifs dans le temps, dans une perspective d'actualisation de données sur ces mêmes axes en plus d'inclure le secteur de soins privé aux analyses.

Le coût des soins

Les tarifs de soins sont dans une moindre mesure étudiés dans les documents que nous avons exploités. Un fait qui trouve peut être ses justifications dans le fait que les travaux de recherche ont porté pour la majeure partie sur les soins de santé primaire. Les tarifs sont forfaitaires et accessibles a priori à tous. Le contexte socio-économique actuel du Sénégal se prête à une pauvreté chronique. Ainsi, depuis 2005 notre pays fait partie des Pays les Moins Avancés PMA avec un pourcentage de sa population de 50,8% vivant au-dessous du seuil de la pauvreté (avec des disparités géographiques et spatiales²¹). Cependant, dans certains ouvrages nous avons perçu la nécessité de traiter les informations d'un œil critique. Les tarifs de consultation même lorsqu'ils ne sont pas exorbitants ne sont pas les uniques frais du patient. A la charge du malade viennent s'ajouter les médicaments prescrits, les analyses. Des sommes qui cumulées, deviennent hors de portée des petites bourses. La santé est, de ce fait, plébiscitée à un niveau a priori, accessible aux nantis. Cependant, les biens économiques ne garantissent pas à ces derniers la santé surtout lorsque l'OMS, (1978) la définit comme : « *un état de complet bien-être, physique, mental et social,...* ». La santé paraît sous cet angle également inaccessible aux plus riches. Il est rare que tous ces éléments cités à savoir un état de complet bien être, physique, mental et social soient disponibles en même temps pour un même individu.

Pour les plus défavorisés des communautés, des acteurs se sont mobilisés : « jadis les soins de santé étaient le privilège de ceux qui avaient les moyens de les payer, tandis des œuvres charitables s'occupaient des pauvres. » (Samb, 2005). Les religieux sont dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, comme dans plusieurs localités devenus des

²¹ Document sur : « l'étude de l'accessibilité aux hospitaliers au Sénégal »

acteurs avérés de la promotion de la santé. Le social un est un volet dans lequel ils s'investissent particulièrement.

Quelques ouvrages de santé liés à notre thématique :

Des ouvrages sont indirectement liés à notre thématique « la géographie de l'offre et de l'activité des structures de santé privées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies ». Cependant, ils ont été décisifs dans l'illustration des informations que nous avons observées sur le terrain.

Les travaux sociologiques de Faye, 2008 sur : « l'anthropologie et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyse des mises en acte du personnel soignant et usages des savoirs produits », les travaux de Badji, 2010 : « le travail après l'âge de la retraite à Dakar : analyse situationnelle des comportements et motivations des acteurs » et l'article de Ghilarducci : « travailler plus longtemps à cause de la débâcle des pensions » ont pu trouver dans le cadre de nos recherches leur confirmation. Les soignants sont très souvent réfractaires aux programmes sanitaires nationaux lorsque ceux-ci amoindrissent leur autonomie dans la gestion des recettes financières. Si ce n'est pour des raisons de rentabilité, le manque de formation du personnel sur l'utilisation des outils ou médicaments est une cause de dysfonctionnement du système de soins. La gratuité des Tests de Diagnostics Rapides du paludisme décrétée par le ministère de la santé a contribué à des stratégies de contournement. Pour ainsi dire que la formulation de nos questions et hypothèses de départ trouve leurs fondements au travers d'ouvrages scientifiques avérés. Pour le travail après l'âge de la retraite également, nous avons au cours de nos entretiens avec les prestataires de soins et avec certains patients pu confirmer que c'est un fait de société bien d'actualité. Les besoins de survie sociale et de survie économique sont essentiellement les arguments du travail des personnes âgées. Cependant, il est à préciser que des spécificités selon le statut économique des individus varient les causalités. Ailleurs, aux Etats Unis d'Amérique, la modicité des pensions des retraités et la prise en charge médicale onéreuse sont des facteurs de prolongation de l'activité Ghilarducci²². Certains de ces retraités, sont aux rangs des prestataires de soins qui grossissent l'offre de soins privée de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. Dans le cadre d'une approche qualitative et quantitative, nous ambitionnons de documenter davantage ces pistes de recherche par l'usage de guides d'entretiens et d'indicateurs relatifs à la géographie de la santé.

²² Voir bibliographie

La revue des données sur le cadre d'étude :

Nous avons pu exploiter certains ouvrages relatifs à notre cadre d'étude. Les sujets traités n'impactent pas directement sur nos centres d'intérêts, mais ont beaucoup contribué à la compréhension des dynamiques de l'espace. C'est ainsi que, les approches urbanistes et démographiques des travaux ci-dessous résumés ont constitué des bases fondées sur lesquelles nous avons bâti nos réflexions.

Depuis sa création dans les années 1965-1969, dans le cadre de dédommagement des déguerpies de Grand-Dakar (Pouye, 2005), les parcelles assainies ont été le théâtre de croissance démographique impressionnante en deux décennies sa population a doublé, de 56570 en 1988 elle est passée à 117849 habitants en 2002 pour atteindre la barre des 144528hbts en 2011. La commune des parcelles assainies est une entité spatiale riche en dynamiques multisectorielles. Cependant, nonobstant son statut de banlieue comme beaucoup d'autres à Dakar, elle présente des caractéristiques qui lui sont propres, (Deniau Patrice et Hoang Xavier dans leur rapport d'évaluation des politiques et programmes urbain au Sénégal (1996), « comme dans toute ville, les quartiers sénégalais sont évidemment très différents. Même si certains présentent des similitudes, ils ont chacun leur vie, leur organisation voire leur peuplement propre et toujours des attentes spécifiques. » POUYE. A cet effet, la commune d'arrondissement des parcelles se particularise par les dynamiques internes et externes très importante de sa population. En plus d'être une cité dortoir (mouvements pendulaires des résidents), cette zone est configurée de telle sorte que les activités économiques et le dispositif infrastructurel suscitent des déplacements journaliers vers les marchés, les écoles, les services de santé, d'eau et d'électricité. En cela, les parcelles assainies totalisent des déplacements internes supérieurs à 100000 unité par jour derrière Grand-Yoff 114000, Médina 134107, Thiaroye-Yeumbeul 134638, Guédiawaye centre 152513 et Sébikotane.

Dans un pareil maillage territorial, nos ambitions convergent vers l'estimation des dynamiques sanitaires dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. Plus précisément, nous souhaitons voir comment l'offre privée structure l'espace. Un autre aspect est indispensable à documenter, les morbidités spécifiques à notre cadre d'étude. Ces morbidités sont largement tributaires des pratiques sociales, des dynamiques démographiques et climatiques. La forte pression démographique conjuguée au sous équipement des zones périurbaines en système d'assainissent aboutissent à la dégradation de l'environnement. La

détérioration des conditions de vie des populations devient rapidement un problème pour la plupart néo citadins quasiment sans culture de santé publique. Cette situation est qualifiée de « pseudo urbanisation ²³ » par les géographes, car l'étalement des sites urbains se fait sans industrialisation, sans emplois et avec un déficit de logements. A cet effet l'insalubrité et la promiscuité induisent l'émergence ou la résurgence de certaines pathologies liées pour la plupart aux problèmes d'hygiène. Ainsi, pour un cadre comme les parcelles assainies, régulièrement confrontées à un médiocre système d'évacuation des eaux usées, les morbidités s'illustrent par des pathologies pour la plupart infectieuses. Les prévalences sont ainsi partagés entre le paludisme, les maladies diarrhéiques, les dermatoses, les affections respiratoires entre autres lesquelles paraissent dans les mémoires de Ba et Kane.

Les travaux de Diouf A., sur l'immobilier dans la commune des parcelles assainies consolident cette forte consommation de l'espace foncier consécutive à la volonté des populations de se loger dans les sites proches du centre urbain et au manque de ressources financières. La location est l'alternative la plus probable que l'achat de maisons et de terrains. A cet égard, l'évolution incoercible de l'habitat est un autre phénomène très parlant de la répartition géographique complexe des services de santé du privé. La décentralisation des systèmes de santé devrait entre autres conduire à la promotion de structures de sanitaires de base et surtout une meilleure définition de leur fonction. Cependant, les systèmes de santé nationaux ont souvent du mal à composer avec des acteurs institutionnels peu enclins à se plier aux directives nationales. Surtout, quand le secteur confessionnel est un acteur particulièrement puissant du système de santé (Gruénais, 2004 :78). Les services de santé confessionnels ou privés sont parfois loin de vouloir toujours se conformer au système de référence/contre référence promu par les autorités nationales, en continuant d'opter délibérément pour des structures de soins multifonctionnelles pratiquant à la fois l'hospitalisation, la promotion de la santé et les soins de base. De fait, le système de santé confessionnel en vient à se démarquer de la politique de santé nationale, c'est-à-dire à ne pas accompagner les réformes de carte sanitaires décentralisées (Gruénais, 2001 :78). Les acteurs du privé lucratif, sont eux aussi enclins aux soins curatifs et d'hospitalisation, plutôt que de respecter les programmes nationaux qui ne font pas leur compte. Les politiques de gratuité des soins ne sont pas les préoccupations de ces derniers : « *Le secteur privé n'offre pas le même accès aux soins préventif et promotionnel que le secteur privé et les coûts de consultation y*

²³Jeannée , Salem « situation particulière des zones urbaines », chapitre 5, 18p. « *L'urbanisation en Afrique n'est ni soutenue, ni induite par le développement économique.* » cette situation est à la source d'insalubrité et d'exposition à divers degré des populations face à la maladie.

sont parfois beaucoup plus élevés que dans ce dernier, renforçant encore les inégalités sociales de santé. »²⁴

2. 2 Délimitation du champ et Choix des structures :

La géographie de l'offre de soins privée a nécessité une descente sur le terrain pour un dénombrement des différentes infrastructures de soins privées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. Après la localisation des différents établissements nous avons relevé au cours d'un deuxième passage leurs coordonnées géographiques respectives à l'aide d'un GPS. Le centre de référence du district nord Nabil Choucair nous a fourni une liste des services de santé compris dans leur espace médical et normalement sous leur contrôle. Cependant cette liste est loin d'être exhaustive rien qu'à notre répertoire nous constatons une vingtaine de structures non recensées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. Pour une étape décisive de la recherche, parmi ces services de santé nous avons sélectionné certains que nous jugeons incontournables pour la documentation du secteur sanitaire privé. La sélection n'a pas été hasardeuse, elle a été basée sur un certain nombre de critères. Les inégalités de répartition des infrastructures dans l'espace, leur accessibilité et leur localisation dans certains sites plutôt que d'autres ont été déterminantes pour l'argumentaire pertinent et illustratif de notre recherche.

2.2.1 Critères de sélection des structures de santé privées dans le dispositif sanitaire de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies :

Notre choix d'analyse des structures de santé privées découle d'une part, du constat de leur implantation dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, mais d'autre part de la nature de la structure. Tantôt, nous avons cité les services de santé confessionnels dont nous voulons définir leur place dans le dispositif sanitaire et analyser leur positionnement dans une même unité (U 24) et à une distance très proche. Par ailleurs Chifa comme Oumoul Mouminina d'obédience musulmane, sont également à proximité du centre de promotion de la santé catholique Hyacinte Thiandoum implanté seulement à une rue de la commune d'arrondissement. Dans une logique de balise du profil sanitaire de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies encore insuffisamment explorée sur la géographie de l'offre de soins privée et leur volume d'activités, nous avons décidé de prendre en compte

²⁴ Emmanuelle Cadot et Maud Harang, : « Offre de soins et expansion urbaine conséquences sur l'accès l'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso) », in Espace, Populations et Sociétés, 2006 : page 338.

les cliniques, cabinets et centre socio-médicaux. Dissociés, un biais considérable de non diversification des structures et de la collecte des données pourraient invalider une bonne part de nos objectifs et hypothèses. Il nous a semblé tout aussi pertinent, de sélectionner les services de santé privés confessionnels comme lucratifs implantés non loin des infrastructures de santé publiques et avec une proximité des voies de communications (réseaux routiers). Ainsi, nous pourrions avec l'exploitation des données, évaluer le volume d'activités et les spécificités de chaque type de structure. Dans d'autres sites où le confessionnel ne prévaut pas, nous allons analyser l'activité des services de santé privés par rapport au service public. Cependant, le volume d'activités de l'offre de santé publique ici, sera évalué par la documentation portant sur leurs statistiques ou rapports d'activités annuels. Nous n'avons pu finalement choisir l'hôpital 17 dont le volume d'activités est important pour chaque année. Pour 2011, le nombre de registre des consultations générales s'élève à 19 sans compter les données relatives aux accouchements, aux hospitalisations, aux soins dentaires, à la pédiatrie et autres soins spécialisés. L'exploitation des données de registres de consultation pour une année de cet hôpital se révèle quasiment impossible, si l'on tient compte du temps qui nous est imparti et de la charge de travail que cela implique. La saisie de chaque registre avant le dépouillement des informations est impératif pour avoir une base de données numérique, exploitable par des logiciels. Cela dit nous avons saisi nos registres de consultations avec le logiciel Word Excel 2007, lequel nous offre une large gamme d'exploitation des données selon les indicateurs que nous avons retenus pour évaluer le volume d'activités de chaque service de santé. Pour les 4 structures retenues, nous avons pu rassembler 16 registres de consultations dont 5 ont été inexploitable (voir difficultés rencontrées).

2.2.2 Choix des indicateurs et description de l'exploitation des données :

La géographie de la santé procède par la démarche suivante : « *elle étudie la géographie des indicateurs de santé et de leurs déterminants pour expliquer les relations entre santé, organisation et dynamique de l'espace.*²⁵ ». C'est fort de cela que nous avons opté pour une démarche quantitative, laquelle consiste à recourir à l'utilisation des indicateurs épidémiologiques et démographiques. Ce procédé a nécessité les démarches suivantes.

Dans des colonnes distinctes du logiciel Word Excel, nous avons sérié les informations portant sur les patients : l'âge, le sexe, l'adresse et les motifs de consultation. A partir de ces

²⁵ Salem., Rican, Vaillant : « peuplement, population et santé : une inégale répartition » chapitre 3, 2010, 18p.

éléments nous avons calculé les taux de fréquentation de chaque structure, les morbidités diagnostiquées, les aires de recrutement, le taux d'utilisation apparent dont les formules sont respectivement les suivantes :

La morbidité diagnostiquée : pour l'année 2011, correspondra ici au nombre de malades pour chaque pathologie par an / le nombre de consultants de chaque structure pour une année. Cette formule pourra révéler également le taux de morbidité par mois ou pour plusieurs années. Ainsi **la prévalence de chaque maladie** pourra également être évaluée.

Les aires de recrutement : qui nous seront révélées par les adresses des patients et qui correspondront à des pourcentages de chaque quartier /le total des quartiers de la commune.

Pour plus de pertinence, nous n'avons pas sélectionné comme indicateur le **taux d'utilisation apparent** : qui correspond au nombre de consultants / la population cible cependant cet outil sera utilisé avec beaucoup de prudence car la population cible est dans ces cas difficile à circonscrire. C'est dans cette même logique que nous n'avons pas recouru au **taux de fréquentation** des structures. Nous n'avons pas pu disposer des effectifs par quartier de l'unité 7 à 26, sans compter que dans les registres de consultation, il est fréquent que des consultants viennent de zones hors de la commune d'arrondissement et même de la région de Dakar.

Nous nous sommes donc focalisés sur les **volumes d'activités** des services de santé. De ce fait nous avons évalué le nombre de population consultante de chaque structure. Le calcul des effectifs de patients pour chaque structure nous a permis de voir les variations dans le recours aux soins. La spécificité des offres de soins a été justifiée dans la généralité par les pathologies déclarées ou la morbidité diagnostiquée.

Ces indicateurs sont les outils de collecte de l'information quantitatifs des 4 services de santé retenus pour notre recherche. Cependant, les méthodes utilisées ont été à la fois qualitative et qualitatives. « *Les méthodes qualitatives visent à comprendre les jeux/pratiques d'acteurs de la santé (décideurs, professionnels, patients etc.) dans leurs territoire...²⁶* ». Pour cela nous avons dans une deuxième phase fait des entretiens avec le personnel de santé, les patients et certains acteurs de la localité. Notre champ d'étude porte ainsi sur deux zones à forte concentration de structures de soins privées. La première, abrite près d'une dizaine de cabinets médicaux privés dont 2 centres médico-sociaux confessionnels shifa et Oumoul

²⁶ SALEM, RICAN, VAILLANT ibid

mouminina l'unité 24 (voir la carte des structures de santé privées). Ces structures viennent se greffer à des sites déjà occupés par des postes de santé publics (celui de l'unité 26 et Norade de l'unité 20 des quartiers mitoyens. Ces postes polarisent respectivement dans leur espace médical les unités 26, une partie de 25, une partie de 24 et une partie de HLM Grand Médine et les unités 20, 21, 24 et 19 en plus des HLM Grand Médine.

La deuxième zone abrite également sur une même rue, 3 cliniques dont une dentaire en plus de l'hôpital public Abdou Aziz Sy Dabakh de l'unité 17 mitoyen au dispensaire Baobab et trois boutiques d'opticiens. A l'opposé de cette rue un autre cabinet médical offre ses services à l'unité 11. Le schéma se présente sous le dispositif suivant : la concentration des services de santé privés se localise dans des espaces à marchés, à forte convergence de flux d'individus vers les services sociaux de base (école, hôpital, axe routier, carrefour, mosquée, église,...)²⁷. Pour une analyse chronologique homogène nous avons porté notre choix sur l'année 2011. Avec cette période nous espérons également mener une étude d'actualité, mais surtout nous avons tenu à disposer de registres récents et à priori encore disponible au niveau des établissements de soins. L'étude sur une année et non sur plusieurs, se justifie par le souci de faisabilité de la recherche avec des délais assez restreints. L'offre de soins traditionnelle reste des données peu exploitables à notre niveau car n'étant pas dispensée dans des infrastructures de soins répondant aux normes de l'OMS : les services de soins traditionnels existent mais sous un aspect informel. De ce fait, cette offre de soins n'a pas dans notre zone d'étude, de centres de soins avec des données exploitables en termes de documents administratifs rendant compte du type et des volumes d'activités. Cependant, nous avons répertorié 4 centres de soins traditionnels des maladies tropicales et mystiques exposant leurs offres de soins sur des enseignes bien distinctes.

Au final nous avons retenu 4 structures : Chifa, Oumoul Mouminina, la clinique Yasin, et le poste de santé public de l'unité 26 pour comparer les aires de recrutement, les types de pathologies déclarées, les motifs de fréquentation. Ces établissements sont circonscrits dans un rayon inférieur à 5km, avec une densité médicale de 15 structures entre l'unité 17 et 26.

Photographie 1 : Enseigne d'un tradipraticien sis à l'unité 24 entre Shifa et Oumoul Mouminina

²⁷ Salem, 1995 et cf Cadot et Harang



Source : Badji Dioumel, enquête 2012-2013.

Notre objectif sera plus d'évaluer la pluralité de l'offre de soins dans un espace, que de comparer les volumes d'activités d'infrastructures différentes. Ainsi sciemment, nous avons retenu les cabinets, cliniques et centres socio-médicaux pour illustrer l'offre de soins à l'échelle de la commune d'arrondissement et à l'échelle de deux axes plus particulièrement. Nous pensons que pour un premier sondage de la dynamique sanitaire d'une zone, il serait pertinent de montrer les faits sous leur vrai cliché.

2.3 Choix des outils de collecte de données et des cibles

2.3.1 Les outils et méthodes de collectes

Nous avons recouru au logiciel Excel pour l'exploitation des données de registres saisies. Nous avons sérié les données selon le types d'informations qu'elles nous donnaient, c'est ainsi que nous avons analysé les données démographiques selon les structures par âge, par sexe. Les adresses ont été également sériées pour le calcul des pourcentages partiels et la définition des espaces sanitaires. Nous avons recouru aux entretiens semi structurés. Ces entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone et transcrits. Cette transcription nous ont permis d'illustrer certaines données lors des interprétations de données. Nous avons également pu par nos visites répétées sur le terrain faire des observations directes, lesquelles nous ont permis de bâtir certains indicateurs que nous avons précisés. (Voir annexe pour les guides d'entretiens)

2.3.2 Choix des cibles et Conditions d'éligibilité

Pour chaque catégorie d'enquêtés soignants comme patients nous avons décliné un certain nombre de critères pour être éligible à notre enquête. Pour les soignants, il fallait être un membre permanent ou prestataire de soins reconnu dans la structure et avec une certaine connaissance du système de soins. Nous avons retenu également comme cible en plus des soignants, les responsables administratifs ou décisionnels et le personnel d'entretien des locaux. C'est ainsi que nous nous sommes entretenu avec les médecins chefs, les majors des différents établissements. Pour les patients, il fallait être consultant ou accompagnant d'un malade au moment de nos enquêtes. Il fallait également être apte à répondre aux questions (pour les tout-petits les parents répondent aux questions).

2.3.3 Echantillonnage

Au niveau des structures de santé nous avons considéré comme cible les patients qui ont recouru aux soins durant nos enquêtes de terrain. Contrairement à un échantillonnage représentatif statistiquement d'une méthode quantitative, on a choisi une méthode qualitative. Nos objectifs sont de comprendre les parcours thérapeutiques et le comment des choses, plutôt que de dénombrer et de localiser uniquement les flux de patients. Par ce procédé, nous avons pu corroborer ou nuancer les tendances des espaces sanitaires ou médicaux jusque-là découlant de l'exploitation des registres de consultation. Cette première partie des recherches nous a permis de bien baliser notre champ d'étude et de pouvoir mener à bien notre exploitation des données.

2.4 L'enquête proprement dite

Précisons que pour les besoins de la recherche, il a fallu d'abord une période de saisie de données de 15 registres dont finalement les 11 ont pu être exploitables. Cette saisie a nécessité le recours à un personnel de saisie qu'il a fallu initier à la pratique. Malheureusement 4 des registres n'ont pas été exploités conformément à nos souhaits, pourtant clairement déclinés à l'opérateur recruté. Des données clés ont été omises des bases de données de ces 4 registres : adresse des patients pour l'ensemble des documents et la morbidité diagnostiquée. (Voir annexe pour exemplaire des registres inexploitables). Voilà des points dont nous anticipons leur énumération aux rangs des difficultés auxquelles nous avons été confrontés. Une deuxième étape de la recherche à nécessité une enquête qualitative auprès du personnel

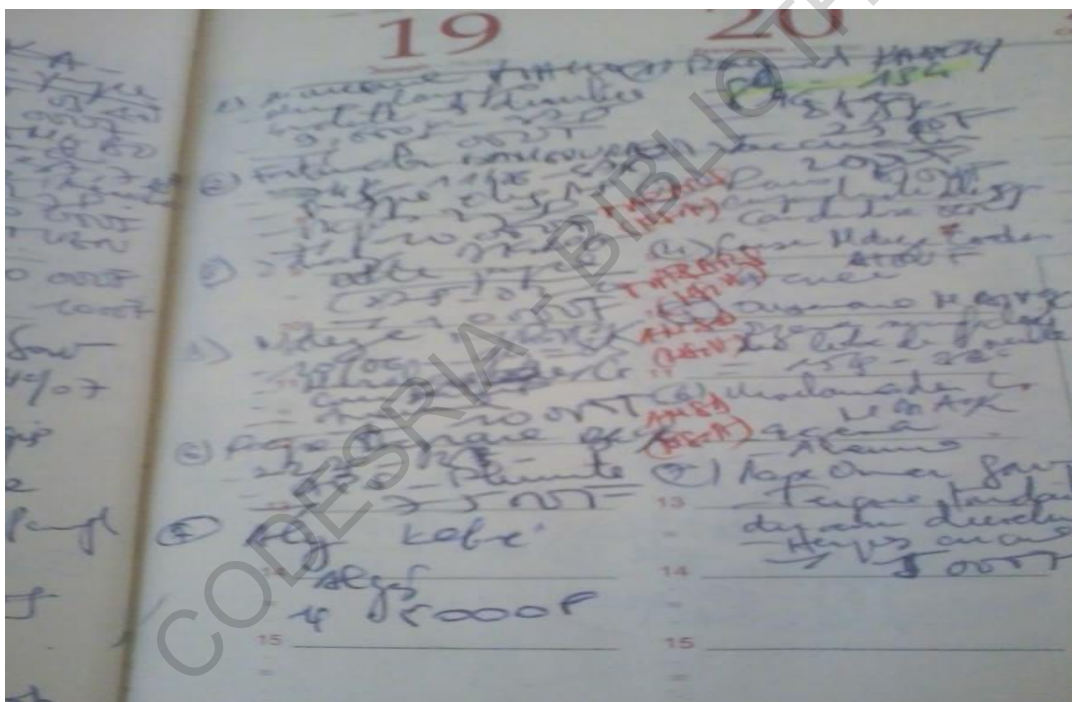
de santé et des patients. L'enquête proprement dite s'est déroulée après des prises de contact et des entretiens qui nous ont permis de mieux restructurer nos guides et questions.

2.5 Difficultés rencontrées :

Nous privilégions les statistiques sanitaires des structures de soins ou les bases de données informatisées. Cependant, les informations sanitaires sont consignées jusque-là dans les structures de santé privées et publiques que nous avons visité, dans des registres de consultations. La difficulté d'exploitation de certains registres s'est posée également pour diverses raisons :

- La non lisibilité de certaines données et la détérioration de certains registres de consultation.

Photographies 2 : Illustration d'écritures non lisibles dans les registres



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012

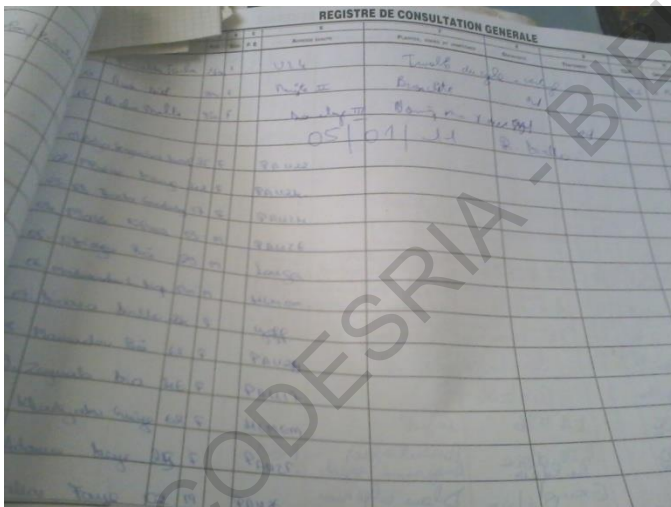
Cette image est la photo prise d'un registre de consultation de l'année 2011. Ce document n'a pas pu être exploité pour cause d'illisibilité.



Source : Badji Dioumel, enquête 2012.

-Le manque d'informations clés sur certains consultants de certaines structures de soins : âge, adresse,...

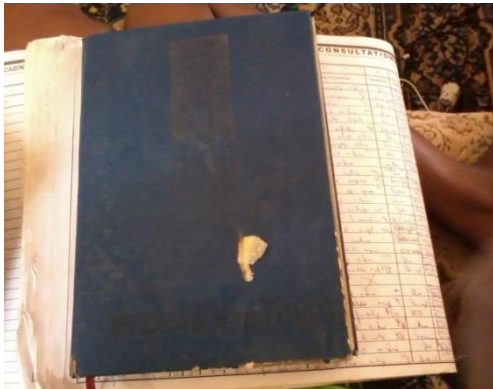
Photographie 3 : Illustration d'un registre mal rempli



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012.

-L'utilisation de cahier ou d'autres documents de fortune inexploitable ou inappropriés (sans rubriques et structurations.) Cette page de registre est incomplète ainsi que d'autres pages de ce document et d'autres registres.

Photographie 4 : Exemple d'un registre de consultation de fortune



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012-2013.

Voici l'image d'un agenda faisant office d'un registre de consultation. Ce même agenda est le support des données illisibles que nous avons montré plus haut dans les photos précédentes. Ces faits ont compromis la réalisation optimale des cartes illustratives des aires de polarisation des structures de santé et des taux de fréquentations. Ces outils non exploitables auraient pu permettre la disponibilité d'une base de données plus élaborée pour analyser le recours aux soins des populations. L'indisponibilité d'un GPS en temps voulu a beaucoup impacté sur le déroulement optimal de notre terrain. D'autres faits ont porté des perturbations à nos calendriers de départ : La Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies est une localité qui a fait l'objet de recherches en sciences humaines et sociales. Cependant pour la thématique qui a été la nôtre, à savoir l'offre et l'activité des structures de soins privées, la documentation a été extrêmement minime pour ne pas dire inexistante. Plus, cette carence de documentation s'est aussi généralisée aux structures publiques. Les mémoires et documents qu'ils nous ont été donnés de consulter nous renseignaient sur la zone, mais seulement sur l'offre de soins publique et encore sur des faits de santé datant de plus d'une décennie. Les faits de santé sont périssables, à tel point, qu'il est nécessaire d'actualiser régulièrement les données pour suivre de près les dynamiques d'une société dans son espace de vie. Au niveau des structures de soins, la collaboration n'a pas été automatique et sans difficultés. Notre patience et notre volonté ont été soumises à une rude épreuve par le personnel de santé. Les motifs de confidentialités des informations des patients et d'éthique médicale ont été brandis pour nous interdire l'accès aux registres de consultation. Nous avons tôt fait de comprendre qu'il s'est agi d'une parade pour écarter toutes formes de contrôle de quelques origines que ce soit. C'est ainsi qu'à coup de visites et de présentations de nos objectifs, que nous avons surmonté ces contraintes et gagné la confiance de certaines structures.

Le prêt des registres de consultation a suscité d'autres difficultés pour l'exploitation des données en temps voulu. Pour certaines structures, les registres nous ont été confiés avec des délais respectables. Pour d'autres, l'exploitation sur place nous a été imposée. C'est ainsi que, nous avons recourus aux services d'opérateurs de saisi qu'il a fallu assister dans le décryptage des écritures de médecins. Des cas de pertes de registres ont également été enregistrés dans certaines structures. Nous avons opté au début de nos enquêtes de terrain pour des questionnaires, lesquels ont vite révélé ses limites. Certes, les questionnaires nous auraient fourni des statistiques représentatives mais ils restreignaient les informations. Après une centaine de questionnaires administrés, nous avons recouru au guide entretien semi structuré, qui était plus à même d'inviter le répondant à argumenter ses réflexions. Pour des raisons de conformité aux délais de rédaction du mémoire et par manque ressources humaines et financières, nous avons décidé d'enquêter les patients au niveau des établissements de santé. Une enquête auprès des ménages aurait très certainement fourni une validité plus solide de notre échantillonnage et notre méthodologie. Cependant, nous pensons que cela sera un outil de recherche pour d'autres pistes à exploiter sur le sujet. Le tableau ci-dessous est un résumé de la démarche méthodologique, ainsi il regroupe les types de données disponibles, à chercher ainsi que les indicateurs que nous avons retenus pour la collecte des informations.

La non disponibilité des données démographiques par quartier de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, a été un handicap majeure pour le calcul des taux de fréquentation et taux d'utilisation apparent. Ainsi, avec les données qui ont été disponibles nous avons résumé dans le tableau ci-dessous la démarche méthodologique.

Tableau 2 : Récapitulatif de la démarche de recherche adoptée dans ce travail à l'échelle de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.

DONNEES	DONNEES DISPONIBLES	DONNEES A CHERCHER	OUTILS
Tarifs de consultation et autres prestations	Données globales du MSA	Tarifs des soins des différentes structures de santé privées	Enquêtes auprès du personnel de santé et des patients.
Nombre de praticiens dans les structures de santé privées	Données globales du MSA	Le nombre de personnel de santé dans chaque structure de santé privée	Enquêtes auprès du personnel de santé et des structures
Types de prestations de soins	Types de prestations de soins	Types de prestations de soins	Types de prestations de soins
Espace sanitaire des structures de santé privées	Espace médicale Du district sanitaire nord	Accessibilité : Lieu de provenance des usagers (adresse) et distance par rapport à la structure fréquentée.	Calcul des effectifs de patients dans les structures de santé privées avec la consultation des registres consultations des structures de santé.
Nombre de consultants	Estimation du nombre de consultants globale par le Ministère de la Santé (MSA) par région et par district.	Nombre de consultants à répertorier et à calculer à partir des registres de consultation des structures de santé privées.	Exploitation des registres et rapports d'activités Enquêtes auprès des patients et du personnel de santé
Morbidité diagnostiquée	Anciennes données obtenues à partir de mémoires et ouvrages précédents	Morbidité diagnostiquée de 2011.	Exploitation de registre de consultation. Calcul des pourcentages des grandes tendances de pathologies
Nombre de structures de santé privées et leur localisation dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies	Liste de quelques structures de soins publiques obtenue au Centre de Santé	Localisation des services de santé privés et les cartographier	Descente sur le terrain et Relevé des coordonnées géographiques de chaque structure de santé privée par GPS
Déterminants du recours aux soins privés	Aucune	Besoins de soins exprimés Itinéraires thérapeutiques Accessibilité financière	Guides d'entretien semi structurés aux patients et soignants Observations directes

Source : Badji Dioumel, 2012.

Ce tableau résume notre méthodologie de recherche, il a constitué un outil de travail très pertinent quant à la collecte et la structuration de notre travail. Le bilan sur les questions de départ, les hypothèses et les objectifs dans une première partie nous a permis de passer à la deuxième partie de notre recherche : la présentation, l'analyse et l'interprétation des données.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**Deuxième partie : organisation de l'offre de soins dans la Commune
d'Arrondissement des Parcelles Assainies.**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

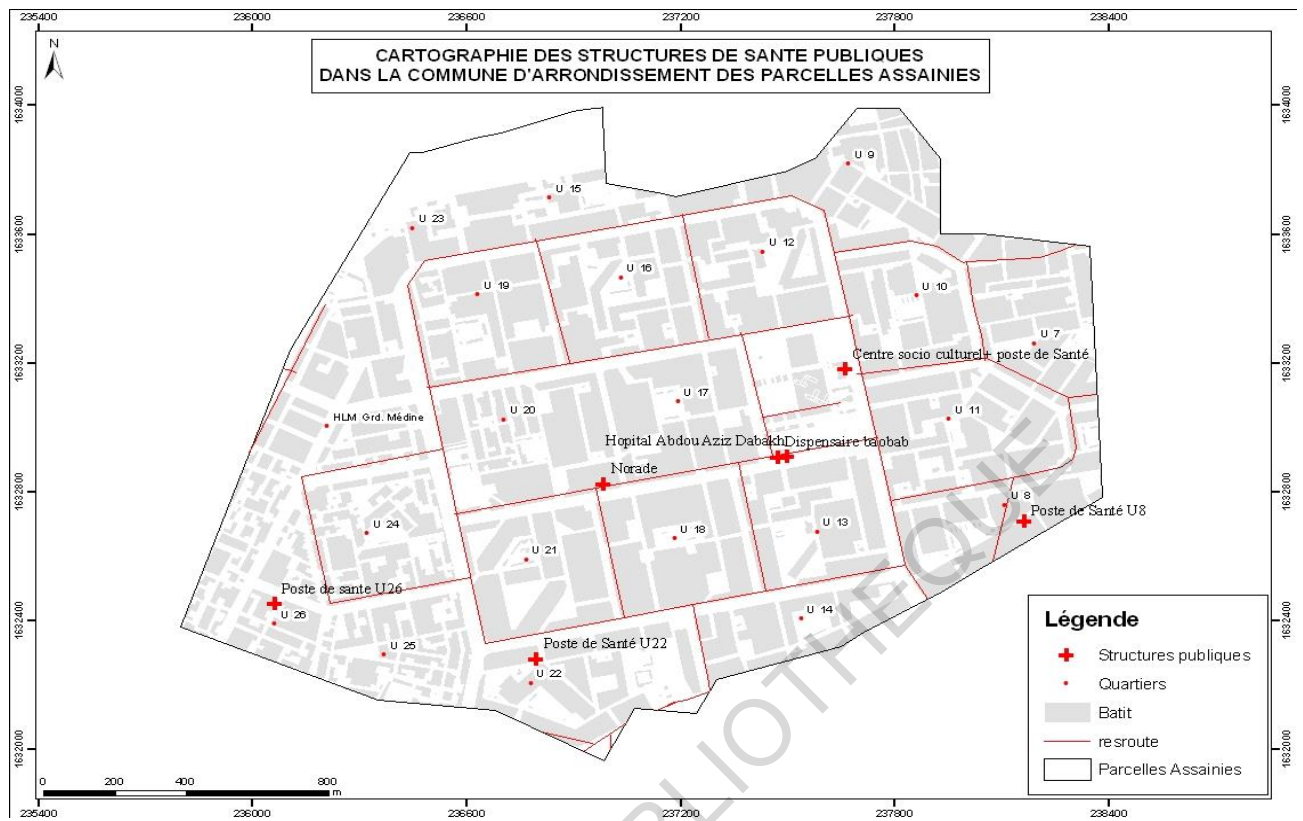
Chapitre III : L'offre de soins dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies (offre et accessibilité).

La commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies dispose d'une offre de soins assez diverse, partagée entre soins modernes et traditionnels. Cependant la distribution des services de santé est sous tendue par des logiques et des stratégies qui diffèrent selon le type de structure privé ou publique.

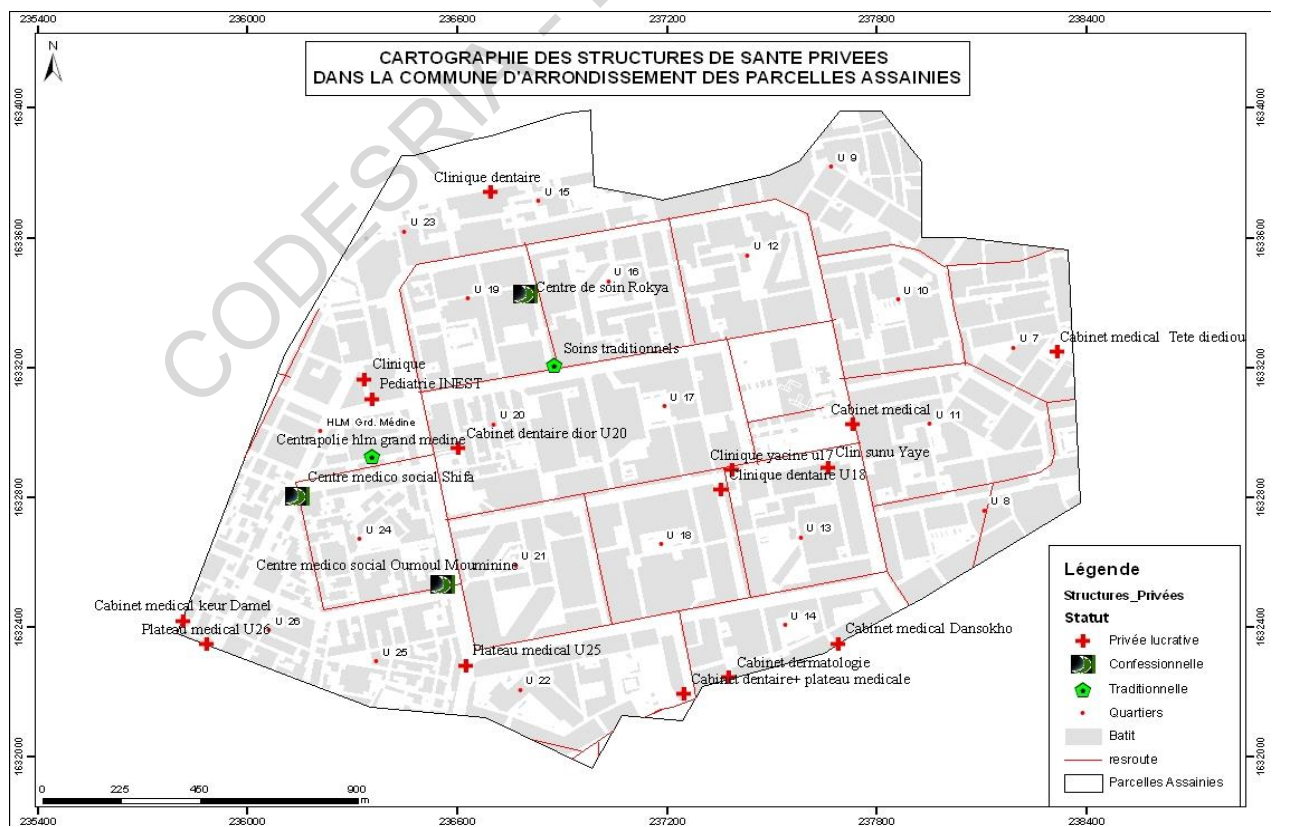
Dans le dispositif sanitaire nous avons les établissements de santé publics qui se caractérisent par leur implantation durable depuis leur création dans les années 1990, leurs activités curatives et promotionnelles de la santé à l'échelle nationale. Pour une supervision optimale des buts à atteindre l'Etat a procédé à des découpages administratifs. Il en est tout autre s'agissant du secteur de santé privé, le lucratif met en avant l'efficacité des investissements. C'est fort de ces dynamiques et des logiques d'installation que nous avons pu décrire la géographie des services de santé dans la commune d'arrondissement.

Cartographie des structures de santé publiques et privées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies :

Carte 1 : cartographie des structures de santé publiques



Carte 2 : cartographie des structures de santé privées



source : Badji Dioumel, données de terrain 2012

Le premier fait qui apparaît à la lecture des deux cartes ci-dessus, est l'inégalité des effectifs de services de santé entre le secteur public et le secteur privé. Les infrastructures de soins privées sont en surnombre comparées aux publiques qui constituent quasiment leur tiers. Cependant, leur distribution est à priori, plus régulière que celle des entités privées qui sont concentrées dans certains axes de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies plutôt que d'autres. Un autre fait également intéressant à souligner, est la cohabitation des centres socio-médicaux confessionnels musulmans dans une aire inférieure à 1km. Autant de constats, nous ont poussé à analyser les processus d'implantation des infrastructures de soins dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies.

3.1 L'offre de soins publique

Le District Sanitaire constitue : « la plus petite entité dans laquelle les soins de santé primaires peuvent être organisés par des personnes qualifiées appartenant aux différents secteurs de développement. Il est l'interface entre les populations vivant dans les groupes communautaires et l'administration centrale que représentent les fonctionnaires locaux. » (OMS, 1994.). Le réseau sanitaire public mis en place à cet effet par l'Etat et ses partenaires au développement se répartit comme nous le décrivons et l'illustrons ci-dessous.

3.1.1 Une couverture sanitaire publique non évolutive, dépassée par une forte dynamique démographique

En 1999, Ba soulignait déjà la problématique de l'accessibilité aux soins de santé primaire dans le District Sanitaire Nord auquel appartient la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. Ainsi, il cite : « *la couverture sanitaire dans le district nord reste encore faible par rapport aux normes de l'OMS malgré la construction de 1990 à 1995 de 6 nouveaux postes de santé (PS) et la création de JEM et fonds de solidarité islamique.* ». A cette date, il n'a pas été enregistré de renforcement du réseau de PS au total de 12 pour encadrer l'accroissement démographique. Il en est de même d'ailleurs dans les composantes spatiales de moindre échelle. Les seules données qui ont changé au cours des années, restent dans la généralité l'implantation de nouvelles structures de soins privées lucratives ou non lucratives : voir le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : structures sanitaires publiques et privées du District Nord

Type de structure	Nombre	Statut
Poste de santé	12	Public
Dispensaire du fonds islamique Musulman	01	Public non lucratif
Centre de santé	03	Public
EPS	01	Public
CMS	01	Non lucratif
DPC	01	Confessionnel non lucratif
Cliniques privées	05	Privé lucratif
Cabinets privés	03	Privé lucratif
Postes de santé Confessionnels	02	Confessionnel non lucratif

Source : District Nord

Les données recueillies dans ce tableau nous ont été fournies par le médecin chef du centre de référence Nabil Choucair. Ces informations sont relatives à l'offre de soins privée comme publique du district nord. Cependant, le répertoire est loin d'être représentatif du nombre de structures de soins, le manque de documentation affecte plus le secteur privé. Il est à noter que la clinique Wone figurant sur la liste a été déménagée dans une autre localité que nous ne connaissons pas. Nous vous proposons dans l'offre de soins privée les localisations des différents services de santé privés dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies (voir carte des structures de soins privées).

Les données sanitaires de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies en 2010 montrent 7 postes de santé pour 141.496 habitants soit 1 PS pour 20646 habitants. Ces mêmes PS restent le recours aux soins de santé primaires d'une population qui croit chaque année de plus de 3000 individus. En 2012, elle est estimée à 147556²⁸ personnes soit 1 PS pour 21079. Comparée aux normes de l'OMS considérant comme acceptable une desserte de 5000 à 10000/hts/PS, celle des postes de santé de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies reste encore largement en deçà. La couverture sanitaire du secteur public ne se limite pas cependant aux services des PS. Elle est complétée aux Parcelles Assainies par l'activité du centre de référence du District Nord Nabil Choucair, d'un Centre Médico-Social et bien après par l'implantation d'un hôpital Serigne Abdou Aziz Dabakh et d'un dispensaire semi- public nommé Baobab. Ainsi conformément au découpage administratif, chaque poste ou centre de santé gère un espace médical polarisant plusieurs quartiers selon leur site d'implantation respectif. La carte ci-dessous est plus explicite en termes de sites polarisés.

²⁸ Données obtenues à partir des estimations de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie du Sénégal. Estimation de la population de 2008 à 2015.

Tableau 4: Quartiers polarisés par les structures médicales au niveau de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies

Structures sanitaires	Quartiers polarisés	Observations
Cs AAS Dabakh U17	<ul style="list-style-type: none"> • Unité 13 • Une partie de 11 • Une partie de 12 • Une partie de 14 • Une partie de 17 • Une partie de 18 • La zone commerciale 	Dans l'ensemble la couverture sanitaire est jugée correcte pour une zone peuplée à niveau de vie est moyen à passable.
Unité 8 PS	<ul style="list-style-type: none"> • Unité 11 le 1/3 • Unité 7 la ½ 	
Unité 9 PS	<ul style="list-style-type: none"> • Unité 9 • Unité 10 la ½ • Unité 7 le 1/3 • Cambéréne le 1/3 de Déggo et le 1/3 de l'islam 	
Unité 16 PS	<ul style="list-style-type: none"> • Unité 16 • Unité 15 • Une partie de 19 • Une partie de 12 • Une partie de 17 • Une partie des HLM Grand Médine 	
Unité 22 PS	<ul style="list-style-type: none"> • Moitié 25 • Moitié 21 • Moitié 18 • Moitié 14 • Unité 22 	
Unité 26 PS	<ul style="list-style-type: none"> • Unité 26 • Une partie de 25 • Une partie de 24 • Une partie des HLM Grand Médine 	
<ul style="list-style-type: none"> • Norade U20 en face de L'U 24 PS 	<ul style="list-style-type: none"> • Unité 20 • Unité 21 • Unité 24 • Unité 19 • HLM Grand Médine • Une petite partie des U 25, 17 et 18 	
CSCM/PA U17 en face de l'U 10	<ul style="list-style-type: none"> • Une partie de 10 • Une partie de 12 • Une partie de 11 • Une partie de 13 • Une partie de 17 	

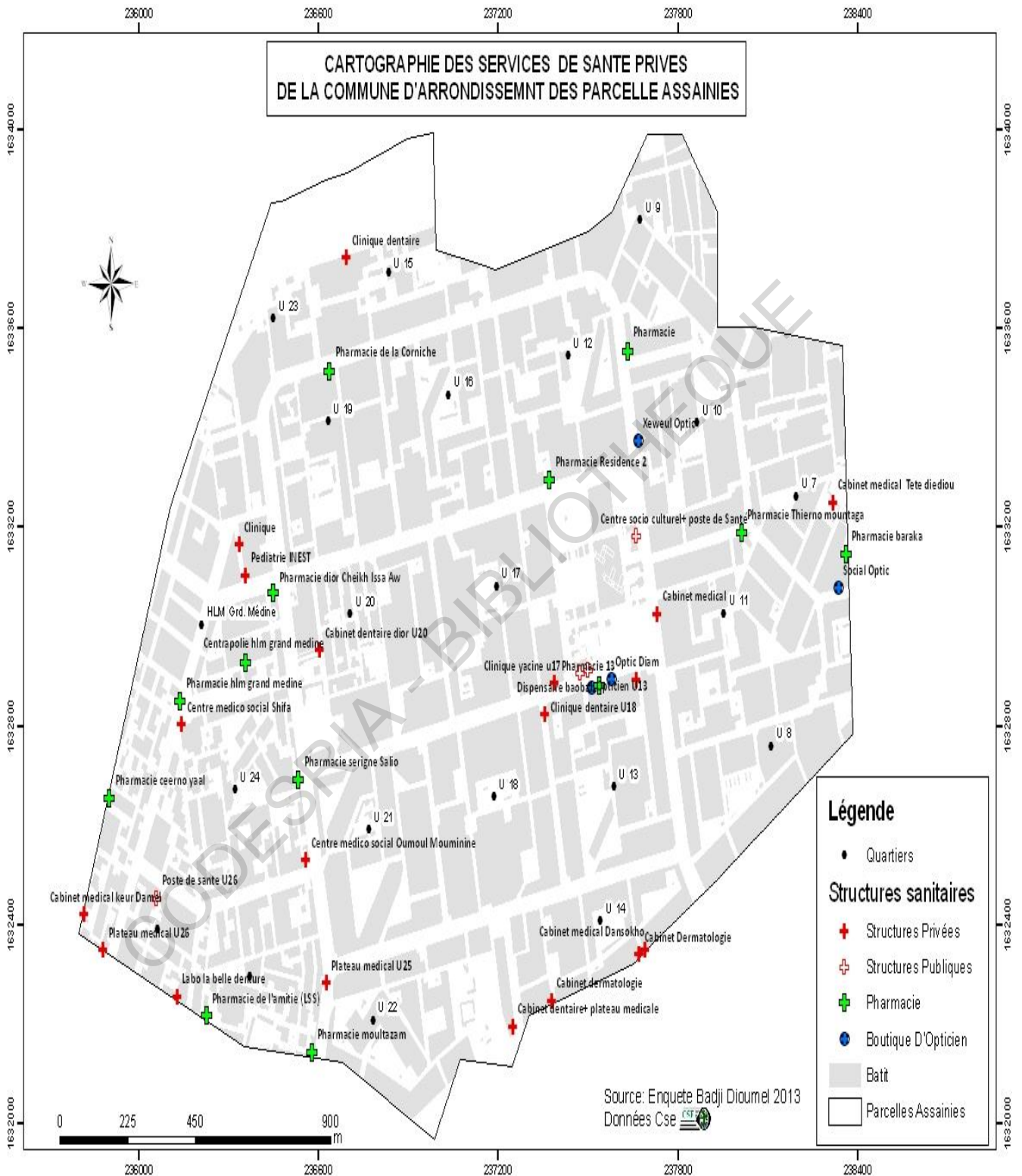
Source : BADJI Dioumel, enquête de terrain 2012.

3.3 La géographie de l'offre de soins privée dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies

L'offre de soins privée présente plus d'éléments diversifiés à analyser que l'offre publique. Elle se caractérise par une pluralité de ses composantes, partagées entre les soins modernes mais aussi par les soins exotiques propres à la médecine africaine (les soins traditionnels). L'offre de soins privée est l'espace d'expression de plusieurs types d'acteurs. Ces derniers interviennent dans le champ de la santé et suscitent de ce fait, l'avènement de types de services de soins dont certains sont particuliers. Ainsi, nous avons pu observer et répertorier les types d'infrastructures de santé à savoir les cabinets, cliniques, les centres médicosociaux confessionnels et les services de soins traditionnels que nous avons synthétisé dans la cartographie suivante.

Par ailleurs, dans les cartographies qui suivent, nous avons illustré la présence d'autres services affiliés à la santé ainsi que les dates d'implantation des structures de santé. Les pharmacies, les boutiques d'opticiens sont très répandues dans le dispositif spatial. Nous vous proposons ci-dessous la carte qui illustre la géographie des services de santé privés, ensuite nous proposons dans une seconde carte les différentes dates.

Carte 3: cartographie des structures sanitaires privées et des structures paramédicales dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies.



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012-2013,

Cette cartographie illustre les zones de fortes concentrations dont deux principalement constituent notre cadre d'étude.

3.3.1 Description de la distribution des infrastructures de soins privées

3.3.1.1 des sites stratégiques à forte concentration de structures de soins privés

La Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies est un espace devenu en moins d'une décennie un site d'implantation privilégié de services de santé privés. Cela dit, leur distribution dans l'espace n'est pas homogène et crée de ce fait une configuration particulière. L'inégale répartition des services de soins est un fait frappant, certaines unités sont mieux dotées que d'autres. A l'échelle d'une même unité on constate de véritables concentrations. De nos visites de terrain, il est ressorti une propension des praticiens de soins de santé privés à s'installer le long des rues et corniches d'accessibilité facile aux patients. (Cf Salem, 1998). Nous le voyons sur la carte, Il est fréquent de retrouver une densité de structures médicales de l'ordre de 3 à 4 sur un effectif de 23 infrastructures. Ainsi, la plus grande concentration d'établissement de santé est l'espace allant de l'unité 26 à 17. Cette même zone abrite des marchés, des écoles et d'autres infrastructures socioéconomiques et mercantiles. Ce choix d'implantation des acteurs a induits des inégalités spatiales nettement illustrées sur la carte. Nous ne nous targuons point de détenir la liste exhaustive de l'offre de soins privés, cependant nous avons au mieux sillonné minutieusement les différentes unités composantes de notre zone d'étude : l'unité 7 à l'unité 26. Par ailleurs, nous avons répertorié d'autres services paramédicaux à but lucratif tels que les pharmacies, les laboratoires d'analyses, les boutiques d'opticiens entre autres qui rallonge la liste des structures à 43. L'offre de soins privés est essentiellement composée de cabinets, de cliniques, de centres médico-sociaux majoritairement lucratifs. Le confessionnel est aussi présent dans la promotion de la santé. La diversité des soins est souvent assurée au sein d'une même structure ou tout au contraire la spécialisation d'un praticien en gynécologie, en soins dentaires, en dermatologie ou en diabétologie entre autre enrichit l'offre de soins privés. C'est ainsi que les cabinets ou cliniques dentaires sont prépondérants dans le dispositif sanitaire. Les soins dentaires sont intégrés systématiquement dans une bonne partie des plateaux médicaux.

Une rue à forte concentration de structures de santé et paramédicales :

La clinique Yasin partage son espace sanitaire avec deux établissements publics à savoir l'hôpital Serigne Abdou et le dispensaire Baobab, et avec deux structures privées à

savoir une clinique dentaire et une autre de soins généraux. Sur cette même rue, se localisent également trois boutiques d'opticiens dont la troisième ne figure pas sur la carte pour la simple raison qu'elle n'existait pas encore au moment des relevées de points GPS. La localisation de ces lunetiers sur cet espace s'explique par les activités du dispensaire Baobab spécifiques aux soins oculaires. Une opportunité que les opticiens ont tôt fait d'exploiter par l'établissement de point de vente de lunettes et autres accessoires. Par ailleurs, nous avons également relevé 2 pharmacies dont l'une est abritée par la clinique Yasin au rez de chaussée. Cette densité du réseau qui s'élève à 10 structures nous amène à confirmer que les logiques d'implantation sont mercantiles à priori.

Tableau 5 : les types de services de santé dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.

Types de structures	effectif
Pharmacies	12
Cabinets médicaux	11
Boutiques d'opticiens	04
Cliniques de soins généraux	03
Cabinets dentaires	03
Centres socio médicaux	03
Cliniques dentaires	03
Centres de soins traditionnels	03
Pédiatrie	01
Total	43

Source : Badji Dioumél, enquête de terrain 2012

Dans ce tableau nous avons sérié les structures de santé selon leur nature et leur offre de soins. Comme nous l'observons l'offre privée présente une grande diversité. Cependant, nous tenons à préciser la moindre importance des centres de soins traditionnels dans ce tableau.

3.3.1.2 La Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies : le cadre d'une géographie des soins traditionnels encore floue

Les soins traditionnels s'exercent dans des cadres et sont de nature tout autre que l'est celle de l'offre moderne. Nous n'avons pu exploiter leurs données ni dénombrer leur effectif total car, rares sont ceux qui affichent des enseignes publicitaires sur leurs activités curatives. Les soins traditionnels, nous le savons, sont le recours de parts considérables de populations. Dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, les tradipraticiens sont nombreux et sont connus des populations. Au cours de nos entretiens, certains patients et même des soignants ont inclus ces acteurs dans la description de leur itinéraire thérapeutique. Mais à ce jour, aucune cartographie ni des tradipraticiens ni de leurs établissements de soins n'a été effectuée. Ci-dessous nous vous rapportons les propos relatifs à leur sujet.

Une patiente, femme mariée de 26 ans et mère d'un enfant cite : *« je recours à la fois aux soins modernes et traditionnels. Ils sont complémentaires, d'ailleurs ma grand-mère est tradipraticienne, c'est elle qui m'a traité quand j'ai eu des complications lors de ma grossesse. J'ai même logé chez elle, aux Parcelles Assainies. Vous avez sûrement entendu parler de X mère ndiabote, c'est elle. Elle soigne plusieurs affections, elle soigne les femmes et les enfants particulièrement...je viens ici pour les vaccinations et c'est mieux d'associer les soins, car l'avantage de venir dans le système moderne c'est que l'enfant à des papiers, son carnet pour être identifié »*

Un autre patient 24 ans, célibataire et un enfant cite : *« pour certaines maladies comme la fièvre jaune, je ne vais pas à l'hôpital. Je me soigne par les plantes, ma famille est très connue à Thiès pour les soins de cette maladie. »*

Nous comprenons par ces témoignages que nous n'avons pas les outils de mesure effective du phénomène, mais il existe et polarise des patients. Les effectifs au nombre de 2 que nous constatons dans ce diagramme en secteur sont loin d'être la réalité sur le terrain. Il existe à ce jour, les soins évangéliques dispensés dans deux locales de prière de l'unité 15 et 11.

3.3.1.3 Les soins dentaires une spécialité en plein essor

Les dentistes sont devenus dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies des soignants très sollicités. Les soins bucco dentaires sont prodigués au niveau de cliniques et cabinets dentaires qui sont au nombre de 6. Les affections buccales lorsqu'elles ne

se dispensent pas dans une structure spécialisée, elles sont intégrées dans le plateau médical des structures de santé privées. Les deux structures privées non lucratives avec lesquelles nous avons collaboré, ont recruté chacune 3 dentistes. Pour dire que cette spécialité est indispensable pour l'attractivité des établissements.

3.3.1.4 Les structures de santé privées : des services de santé « nomades »

La clinique Wone de l'unité 16 répertoriée dans la liste des structures de santé privées lucratives n'a pas pu être localisée sur le site, pour cause de déménagement ainsi que le centre de diabétologie de l'unité 26. Des changements d'adresse sont intervenus en l'espace de quelques semaines ainsi que l'implantation de nouvelles structures. Pour preuve, après nos relevés de coordonnées des infrastructures de santé avec un GPS, nous avons constaté l'ouverture d'une nouvelle boutique optique près de l'hôpital de l'U 17. En somme, nous avons répertorié 22 structures de santé privées dans la commune d'arrondissement des parcelles assainies. Cette mobilité des services de santé privés est très fréquente et ressort souvent dans les historiques d'implantation des structures. Déjà les trois sur quatre structures fréquentées ont déjà été déplacées au moins une fois. C'est le cas de Oumoul Mouminina, la clinique Yasin et du cabinet médical Keur Damel. Nous allons procéder à la présentation des différentes structures de santé que nous avons fréquentées.

3.3.2 Présentation des différentes structures de santé privées :

Les motifs et les dates de création des établissements de soins sont assez diverses. Dans ce tableau synthétique nous avons dégagé les initiatives et les objectifs selon le statut et la nature de la structure.

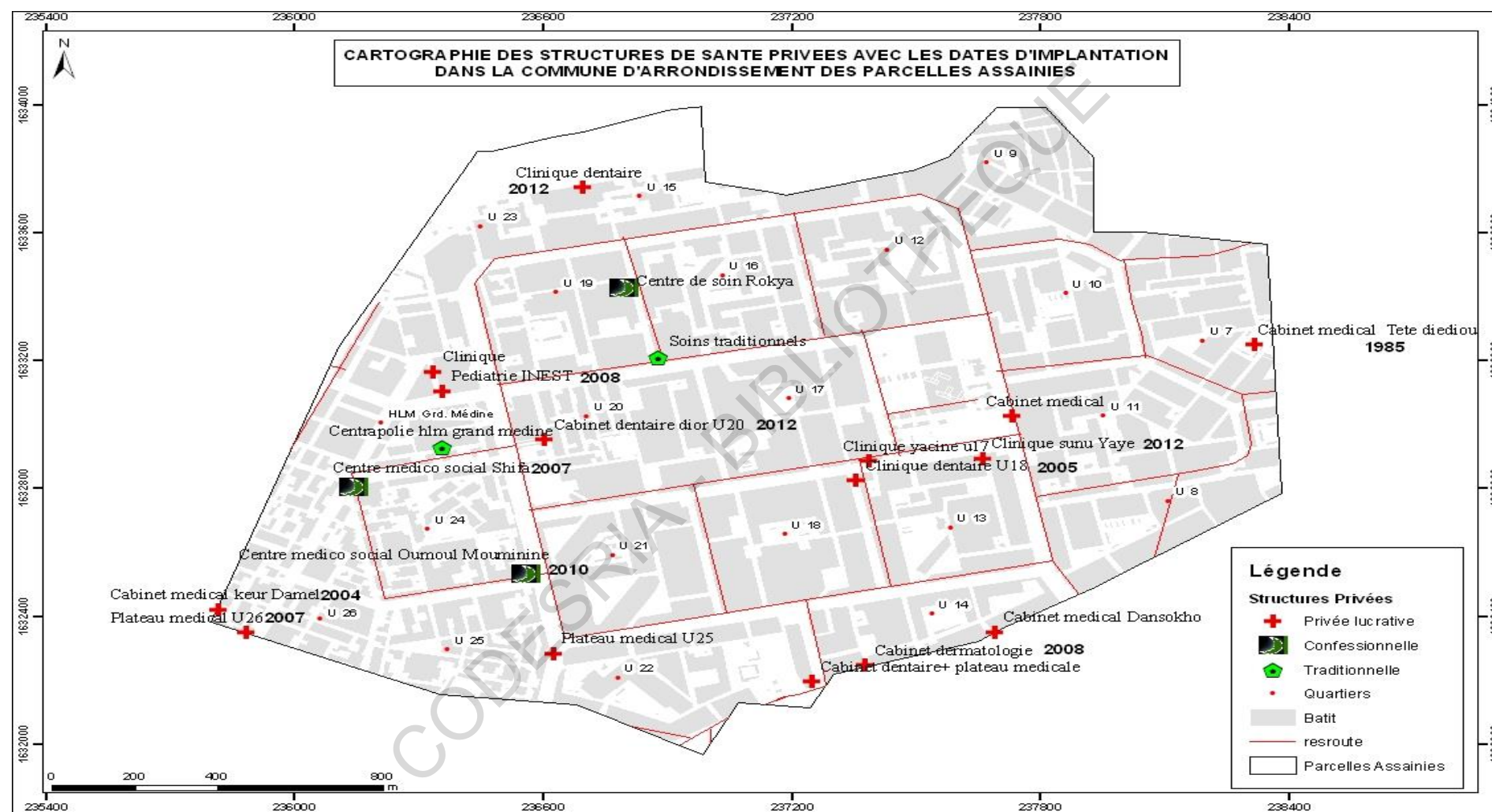
Tableau 6 : synthèse des déterminants de la nature des structures et des objectifs

Nature de la structure	publique	Privée lucrative	Privée non lucrative
Historique et motifs de création	Initiative : Banque Mondiale et Etat	Initiative : mercantile, entrepreneuriale	Initiative : caritative
Types de services offerts	Soins primaires : curatifs et préventifs	Soins généraux ou spécialisés	Soins généraux et spécialisés
Tarifs de prestation de soins	Tarifs forfaitaires fixés par l'Etat.	Tarifs libéraux fixés par le propriétaire	Tarifs forfaitaires fixés par les acteurs
Effectif du Personnel de santé	Recruté par l'Etat	Recruté par le propriétaire	Recruté par les acteurs
Objectifs visés	Santé pour tous	Rentabilité	Aide aux démunis

Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012

L'avènement des différentes structures de soins remonte globalement à plus d'une quinzaine d'années tel est le cas pour la quasi-totalité des structures de soins public 1990 pour les SSP. Pour le privé, les implantations sont majoritairement postérieures, pour preuve mis à part Oumoul Mouminina créée en 1992 et le cabinet du docteur Tété Diédhiou (1985), le reste à savoir Chifa 2007, Yasin 2007 et d'autres structures que nous n'avons pas retenues se sont récemment établies. Dans la carte qui suit nous proposons la chronologie d'implantation des entités de soins privées et selon leur statut.

cartographie des dates d'implantation



source :Badji Dioumel, données de terrain 2012

Comme nous le voyons sur cette carte, les structures de santé privées sont dans la majorité apparues récemment. Pour preuve, les dates d'implantation sont comprises entre 2004 et 2012. De cette catégorie de services de soins privés, les professionnels sont encore plus jeunes. Un fait qui vient corroborer leur insertion nouvelle dans le champ de la santé.

Motifs de création des structures

Les motifs de création comme on le voit dans le tableau synthétique sont spécifiques à la politique ou à la gestion des acteurs décideurs. Il apparaît donc que les initiatives et objectifs professionnels relatifs à l'éthique religieuse à priori diffèrent des buts politiques fixés par l'Etat. Les gestionnaires de services de santé lucratifs lesquels nous avons rencontré ont des orientations et des ambitions entrepreneuriales que nous illustrons par les propos de la propriétaire de la clinique Yasin.

« J'ai exercé pendant 10 ans à l'hôpital 17 CSAAD, j'ai décidé de créer ma clinique pour des raisons lucratives. Les bas salaires rémunérés aux soignants dans le public ne peuvent couvrir les besoins indispensables d'un responsable de famille. Je dois augmenter mes revenus et j'aimerai m'investir à plein temps au métier de sage-femme d'Etat, dans de meilleures conditions. Non seulement on était mal payé, mais la surcharge de travail des soignants en termes d'heures de prestations de services et le nombre pléthorique de patients ont précipité mon départ. Plutôt que de « raquetter » les clients dans le public en surtaxant les consultations mieux vaudrait créer sa propre structure de soins. ». Elle précise cependant que des contentieux avec le maire ont entraîné son licenciement alors qu'elle exerçait dans le privé autant que le public.

Motif de création et déterminant du statut de la structure:

Les deux types de structures d'obédience religieuses musulmanes que nous avons fréquenté ont été créés sous l'impulsion d'association de personnes altruistes ayant décidé de mettre à disposition leurs biens au profit des couches démunies de la société. C'est ainsi que Chifa comme Oumoul Mouminina sont devenues des infrastructures très actives reconnues dans la promotion de la santé communautaire. Cependant, ces deux entités ne sont pas identiques quant à l'administration et la pratique des soins. Les déterminants se perçoivent jusque dans la pratique des soignants et des acteurs.

3.3.2.1. Le confessionnel : un statut qui se vit jusque dans la pratique des soins

Le centre médico- social Chifa est un établissement confessionnel de santé se situant à l'unité 24 près de la mosquée des « hibadous » située elle-même sur un carrefour routier. Chifa est un mot arabe signifiant « guérison ». Pour ses instigateurs, la priorité a été de prendre en charge médicalement les cas sociaux exclus du système de soins de qualité. Cette structure de soins se distingue par un ensemble de pratiques que nous analysons comme des indicateurs. Ces derniers, sont illustrés d'une part par les photos ci-dessous et d'autre part par les informations issues des entretiens. Nous avons tenté de cerner les spécificités du service confessionnel par rapport aux autres par des questions sur les déterminants du statut de la structure principalement. Aux questions de savoir les différences d'avec les autres structures de soins, sur la répartition des tâches et l'organisation du travail, les questions sur la perception de l'espacement des naissances (planning familial), les modalités de recrutement du personnel de santé, nous avons eu les informations que nous exposons ci-dessous. Ces procédés ont permis de distinguer et confirmer Chifa comme service de santé confessionnel à part entière comparé à Oumoul Mouminina qui ne l'est que partiellement (l'appellation de l'association renvoie automatiquement à l'obéissance religieuse des instigateurs).

De l'entretien avec la sage-femme de Chifa, il est ressorti que le planning familial été intégré aux activités de soins. Cependant, elle n'est pas dispensée systématiquement aux patientes. Aux questions de savoir si le planning été disponible, s'il était appliqué malgré les recommandations de l'islam La sage-femme répond : « *le planning n'est pas bannit par l'islam, cependant ; il est effectué sous certaines conditions : pour les femmes mariées qui doivent impérativement y recourir pour des raisons de santé...nous ne faisons pas de traitement aux jeunes femmes sans maris car ce serait les exhorter vers la débauche, personnellement je ne souhaiterais pas que mes enfants le fassent alors on essaye de ramener les enfants à la raison. Mais je n'ai jamais eu ces cas.* ». Ces propos sont corroborés par le médecin chef qui ne conçoit pas offrir le planning familial aux femmes non mariées : « *ce serait les aider à se détruire ou à s'exposer à des maladies* ».

D'autres données nous ont été fournies au niveau de la même structure Chifa. C'est ainsi que nous avons répertorié le personnel de santé, les nombres de consultants de la structure hommes, comme femmes de façon distincte, ainsi que le cumul de ces différents sexes sur une période de 2007 à 2011. Ainsi pour chaque année durant ces 4 années, le médecin chef avait

répertorié par année et par mois le nombre de patients qui ont fréquenté l'établissement. Ainsi la première information qui nous a été donnée de constater est la consultation des patients selon leur choix. Les femmes se font consulter des médecins femmes et les hommes des médecins hommes. Ceci, pour le respect des lois islamiques et le confort des consultants. Cependant, à défaut de moyens pour satisfaire à cette demande de nuit comme de jour, les consultations sont assurées par le médecin de garde de l'après midi (à partir de 15h). Ces pratiques n'ont pas été observées à Oumoul Mouminina.

Photographie 5 : calendriers de planning des prestations des médecins du centre socio-médical Shifa

	MARDI	MERcredi	JEUDI	VENdREDI	SAMEDI	DIMANCHE
8H-12H	AMY SEIF	AMY SEIF	AMY SEIF	SHALLO	NABIT FATOU	EMMA
13H-17H	AMY SEIF	AMY SEIF	AMY SEIF	SHALLO	NABIT FATOU	EMMA
18H-21H	AMY SEIF	AMY SEIF	AMY SEIF	SHALLO	NABIT FATOU	EMMA

NB - Consultation rendez-vous hospitalisations : tous les mercredis de 8H à 14H

	LUNDI	MARDI	MERcredi	JEUDI	VENdREDI	SAMEDI
8H-12H	BOUAK LY	TOURE	BOUAK LY	BOUAK LY	TOURE	TOURE
13H-17H	TOURE	TOURE	TOURE	TOURE	TOURE	TOURE
18H-21H	TOURE	TOURE	TOURE	TOURE	TOURE	TOURE

Sources : Badji Dioumel, enquêtes 2012-2013.

Ces deux photos montrent les plannings établis par l'administrateur, sur la première nous avons le calendrier des médecins femmes où les horaires et les jours de prestations sont précisés. La deuxième image décrit le calendrier des médecins hommes. Les graphiques ci-dessous regroupent les consultations selon le genre

Tableau 7 : Variation des effectifs de consultants de sexe féminin selon les mois et les années

	janv	fév	Mars	Avr	Mai	juin	Jllet	aout	Sept	Oct	nov	Dec	totau x
2011	223	201	330	267	207	193	252	227	272	255	145	158	2730
2010	261	308	292	288	244	241	254	278	322	344	223	227	3282
2009	137	161	198	205	231	228	271	248	218	342	172	179	2590
2008	133	59	156	156	200	198	194	296	298	185	180	161	2216
2007	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	22	159	125	110	74	490

Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012 (calcul à partir des registres)

Le tableau ci-dessus, contient les effectifs de fréquentation des femmes de 2007 à 2011. Ces données nous ont été remises par l'actuel médecin chef de Chifa. Les informations ont commencé à être répertoriées à partir de Août 2007, raison pour laquelle les cages vides sont marquées ND (non défini). Cela s'explique par le fait que les informations n'ont commencé à être répertoriées qu'à partir du mois d'aout.

Tableau8 : Variation des effectifs de consultants hommes selon les mois et les années

	Janv	fev	Mars	avril	Mai	juin	Jllt	aout	sept	oct	nov	Déc	Total
2011	864	690	722	715	779	763	728	747	925	1044	684	756	9417
2010	659	748	710	639	649	710	790	921	901	1208	834	823	9592
2009	317	334	377	371	422	527	619	522	641	782	590	611	6113
2008	143	140	125	136	200	137	190	293	331	381	315	357	2748
2007	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	10	131	169	118	88	516

Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012 (calcul à partir des registres)

Selon le même procédé, nous avons répertorié les effectifs des patients de sexe masculin ayant fréquenté la structure Chifa de 2007 à 2011.

Tableau 9 : Variation des consultants selon les mois et les années

	Janv	Fev	Mars	avril	Mai	Juin	jllt	aout	Sept	oct	Nov	déc	Totaux
2011	1087	891	1052	982	986	956	980	974	1197	1299	829	914	12147
2010	920	1056	1002	927	893	951	1044	1199	1223	1552	1057	1050	12874
2009	454	495	575	576	653	755	890	770	859	1124	762	790	8703
2008	276	199	281	292	400	335	384	589	629	566	495	518	4964
2007	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	32	290	294	228	162	1006

Source : Badji Dioumel, enquête 2012.

Le graphique ci-dessus contient le cumul des effectifs de patients hommes et femmes ayant fréquenté la structure Chifa de 2007 à 2011. Ce dernier tableau nous permettra d'analyser les pics de fréquentation selon les saisons.

3.3.2.2 Les services offerts et le personnel de santé

Dans les 4 services de santé retenus dont un public, nous avons répertorié 74 individus (partagés entre des soignants qui dominent et d'autres personnes ressources). Ainsi, respectivement pour chaque établissement nous avons eu les catégories suivantes :

Tableau 10 : Descriptif du personnel de santé des structures :

structure	Catégorie	effectif	Total
	médecin		17
	infirmiers		7
	dentiste		3
	radiologie		1
	Urologue		2
	sage-femme		2
	technicien de surface		2
Chifa	gynécologue		2
	technicien de labo		1
	infirmier major		1
	infirmière assistante		1
	caissier		1
	Gardien		1
	secrétaire		1
	chargées d'entretien		3
XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX
	Dentistes		3
	Infirmiers		3
Oumoul M	Médecins		2
	Secrétaire		1
	Administrateur		1
	secrétaire : affaires sociales	1	
	chargée de l'entretien		1
XXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX
PS 26	ICP		1
	sage femme		1
	aide infirmier		1
	ASC		2
	aide infirmier militaire		1
	Pharmacienne		1
	vendeuse de tickets		1
	chargée de l'entretien		1
	Gardien		1
XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX
Yasin	Infirmiers		5
	Médecins		2
	sages-femmes		3
	Pharmaciens		3
	chargée de l'entretien		2
Total			74

Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012

Il est à noter que tout le personnel ne travaille pas exclusivement dans les établissements de soins que nous avons visités. Les prestataires de soins et les vacataires sont nombreux surtout dans le secteur privé où ils sont rémunérés à l'heure ou selon la charge de travail. Ce phénomène est illustré par les travaux de Sané, (2005) intitulé « les médecins vacataires des cabinets privés ». Dans son document, il décrit les prestations comme une alternative de pratique régulière de l'activité de soins, pour le maintien des acquis et connaissances théoriques. Les soignants qu'il interroge, avouent ne pas avoir quitté le public mais effectués des vacations dans le privé.

A la clinique Yasin, les médecins généralistes sont rémunérés selon le nombre de consultation. Ils perçoivent un pourcentage de 50% sur chaque prestation. Le personnel de santé permanent est tributaire des ressources financières issues des activités du service de santé tout autant que le service d'entretien de la clinique. Il en est de même pour Chifa, où parmi les médecins généralistes, 7 sont vacataires, et pour les autres spécialités également : cardiologie, urologie, gynécologie, radiologie, dentiste, sage-femme, infirmier les prestataires sont dominants. Ainsi, les soignants sont des acteurs du service public et privé en même temps, s'ils n'ont pas plusieurs prestations de soins dans plusieurs autres services de santé privés. Seulement les modalités de recrutement du personnel diffèrent selon que l'on est dans un service confessionnel ou autre. Pour le centre socio médical confessionnel Chifa, les critères suivants sont déterminants : avoir les diplômes spécifiques au poste sollicité, être disponible et correcte surtout en termes de port vestimentaire. L'appartenance à la confrérie « Hibadu » ou à la religion musulmane n'est pas impératif selon le médecin chef, cependant le constat est que tout le personnel est Hibadu. Pour les autres services de santé, nous n'avons pas observé ces modalités, si ce n'est parfois un mode de recrutement du personnel selon des affinités ou des recommandations.

Au centre médicosocial Oumoul Mouminina et au poste de santé de 26 nous avons aussi constaté des recrutements subjectifs ainsi que des vacataires. C'est ainsi que les 3 dentistes se relaient dans l'exercice de leur fonction dans le centre médico-social Oumoul mouminina. Leur permanence s'effectue selon leur disponibilité, car ces derniers exercent également dans d'autres établissements privés comme publique. Il en est de même pour le médecin chef que nous n'avons jamais rencontré au cours de nos visites et de la sage-femme qui n'est disponible que les après-midi à partir de 15h à 18h. Cette dernière 30 ans, exerce également dans une structure publique de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, l'hôpital 17 Serigne Abdou Aziz. Après trois années de formation et un diplôme de sage-

femme dans une école privée de la banlieue, elle a pratiqué comme stagiaire dans différentes structures comme Philippe Senghor et actuellement à l'hôpital 17. Elle cite : « *en attendant une suite favorable à ma demande d'emploi à la fonction publique, pour ne pas perdre la main je fais des stages non rémunérés à l'hôpital. Les temps sont durs vous savez,...* »

Dans le discours des agents de santé nous percevons également les modalités de recrutement sous tendus par des affinités et des recommandations. Pour la même structure Oumoul Mouminina les soignants nous confient, la sage-femme 30 ans : « *je travaille ici également, une amie qui travaillait ici et qui quittait m'a recommandée X et c'est elle qui m'a recrutée.* ».L'ICP du poste de santé de l'unité 26 cite : « *je préfère travailler avec des personnes sérieuse que je forme ou que je connais, il n'y a rien de pire que de travailler avec des gens que l'on nous impose. Avant que cela n'arrive je préfère anticiper et recruter des personnes méritantes.* »

Tableau 11 : Les tarifs de consultations et des prestations de soins : des coûts de soins très variés

Tarifs	Poste de santé 26	Yassin	Oumoul Mouminina	SHIFA
ticket consultation adulte	300	3000	1000	2000
ticket consultation enfant	200		1000	1500
Accouchement	Néant	100000	Néant	Néant
Hospitalisation	Néant	15000- 25000	Néant	7000
Gynécologie	500	3000	1000	1500
soins dentaires	Néant	Néant	2000	2000
consultations générales	300	10000	1000	1500 – 2000
Vaccination	200	Néant	200	Néant
CPN et CPON	500	3000	1000	1500

Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012

Dans la généralité les tarifs sont plus chers dans le privé que dans le public, la perception sur les coûts onéreux des prestations du lucratif demeurent encore dans le discours des populations.

Les soins de soins les plus exprimés sont ceux dont nous avons exposé les montants : Chifa dispose d'un laboratoire d'analyses médicales, de service d'hospitalisation avec un choix du patient sur les locaux du séjour curatif (salles communes : 2500frs/jour, cabine pour 2 malades : 3500frs/jour, cabine individuelle : 7000/jour et pour les mis en observation : 1500 frs/jour). Les consultations sont générales et spécialisées, les spécialisées sont plus chères et

sont facturées à 5000 frs. La consultation sage-femme est à 1500 frs. Durant nos visites répétées au sein de cette structure, les tarifs de consultation générale enfants (1500frs) et adultes (2000frs) ont été majoré de 500 frs à partir de la date du mercredi 16 janvier 2013 c'est ainsi que sont entré en vigueur les tarifs cités ci-dessus. Le service d'entretien des salles et la surveillance des malades sont assurés par les femmes pour les femmes et les hommes pour les hommes. Toutefois, ces efforts de réconfort aux patients sont effectués dans la mesure du possible, l'indisponibilité du personnel peut bouleverser l'organisation des calendriers.

La spécialisation en soins gynécologiques distingue la clinique Yasin des autres services de santé. Ainsi, La principale activité de la clinique est la prise en charge des accouchements et donc le suivi des femmes en état de grossesse du début à la fin de leur gestation : les CPN et CPON avec le paquet de service spécifique. A cet effet, les tarifs de consultation de la sage-femme sont fixés à 3000frs. Les consultations sont également en grande partie relatives aux soins de gynécologie.

La clinique dispose d'un plateau technique médical pour la prise en charge des patients en termes d'hospitalisation et d'équipement. En fonction de ces dispositifs, les tarifs d'hospitalisation diffèrent selon les modalités suivantes :-cabine individuelle : 25000frs-cabine à 2 : 20000frscabine à 3 : 15000frs. Les consultations générales chez le médecin s'élève à 10000frs et les frais d'accouchement s'élève à 100000frs.

Pour Oumoul Mouminales tarifs sont fixés par l'administrateur et la secrétaire générale des affaires sociales. Au nom de l'ONG, ces gestionnaires visent une accessibilité maximum des populations défavorisées aux soins de santé par des prix de consultations forfaitaires. La consultation chez le médecin généraliste est à 1000 frs pour tous les âges. La consultation sage-femme est à 1000 frs également et 1000 frs pour les soins dentaires pour les enfants et 2000 frs pour les adultes. Pour les soins infirmiers et les vaccinations les tarifs sont fixés entre 200 et 300 frs. Une pharmacie est également disponible et tenue par l'aide infirmier. L'approvisionnement en médicaments est assuré en partie par certains membres de l'association (des médecins et des pharmaciens) sous forme de dons. D'autres par les recettes permettent l'achat des intrants indispensables au fonctionnement.

D'autres modes de fonctionnement prévalent au niveau du PS de l'unité 26. Ils découlent de la volonté de recouvrir les frais d'approvisionnement en médicaments, d'équipement, de rémunération des agents recrutés. Dans cette optique, les tarifs de consultation ont été

majorés. Les motifs évoqués sont qu'aucune subvention ou partenariat ne soulage les dépenses de la structure. La réduction des flux de patients induite par la compétition des structures de santé privées qui absorbent la clientèle a déstabilisé. Cette situation a poussé les ICP des différents postes de santé à harmoniser les prix pour sortir leur formation de la crise. Ces propos nous sont tenus par l'ICP **58 ans**, ancienneté **30 ans** qui cite : « *on a décidé nous les ICP de la localité d'harmoniser les tarifs, c'est ainsi que les tickets de CPN sont passés de 300 frs à 500 frs, les consultations adultes passent de 200 à 300 frs, les vaccinations de 150 frs à 200 frs.* ». Les anciens prix ne pouvaient permettre au poste de santé de rentrer dans ses fonds. L'ICP : « *vous êtes témoin, vous avez vu que j'ai envoyé chercher les seringues pour les vaccinations de BCG, j'ai donné le prix des 20 et le prix du transport par taxi, car on a en pas trouvé dans les pharmacies, c'est en rupture. Et ces frais sont à la charge du poste.* »

Les soins curatifs et primaires sont comme le cite l'ICP les prestations dominantes. Les soins gynécologiques sont disponibles auprès de la sage-femme, les consultations prénatales et postnatales (CPN et CPON), le planning familial. Les vaccinations sont également disponibles dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV). Ainsi, « *L'objectif général visé par l'assemblée mondiale de la santé et ses dérivés est de mettre en place un système de soins préventif et curatif, accessible au plus grand nombre, permettant de rééquilibrer les inégalités en matière de santé.* » (Niang²⁹, 1997)

3.3.2.3 L'organisation des tâches dans les structures

La répartition des responsabilités et des prestations de soins dans les structures a été très souvent tout autre que ce qu'elle devait être. Pour preuve, certains des soignants interrogés sur la charge de leur travail nous ont confié malgré leur grade d'aide infirmier ou sage-femme faire des consultations générales lorsque la nécessité s'impose. A Oumoul Mouminina, l'aide infirmier, soignant à la retraite dans le secteur public cite : « *je suis polyvalent, je peux même faire les consultations en l'absence du médecins, ...je suis obligé car je m'y connais, car 20 ans c'est pas rien, ...* ». Ces propos, il les confirme lorsque nous lui avons posé de nouveau la question de savoir s'il consultait et traitait des malades en l'absence du médecin. Il cite : « *oui mais quand c'est des maladies un peu profondes, je suis obligé de donner un rendez-vous pour le lendemain. Mais pour les autres maladies comme les*

²⁹ NIANG Aminata : « Evolution de la desserte médicale et du recours aux soins de santé primaire dans le delta et la moyenne vallée du fleuve Sénégal (1983, 1988, 1993) : analyse géographique », thèse de doctorat de troisième cycle de géographie, UCAD (Université Cheikh Anta Diop de Dakar, FLSH, département de géographie, 1997.

diarrhées et la fièvre je traite ça et je réussi ». Sa polyvalence, il l'argumente également par le fait qu'il assure la formation de 2 infirmières dont la première à une ancienneté de 6 ans et la seconde 5 mois. C'est ainsi que l'aide infirmier est assisté de ces 2 soignants pour assurer les vaccinations, les pansements, les injections et les autres soins infirmiers.

La sage-femme, 30 ans corrobore ces modes de substitution à la tâche en cela qu'elle cite : *« en plus des soins gynécologiques, j'assure le soir les consultations générales en l'absence du médecin qui finit sa journée de travail. J'ai reçu une formation autant en soins infirmiers qu'en gynécologie, même les infirmiers de notre école peuvent dispenser des soins gynécologiques, c'est ainsi que je relais le médecin qui est rentré. »* Les horaires de consultation sont de 8h à 14H et de 15 à 17h les après-midi. Cependant ces horaires ne sont pas de rigueur, nos observations directes nous ont confirmé les propos des soignants. Au-delà des heures de pause ou de fin de prestation, les malades qui viennent sont pris en charge.

Photographies 6, 7, 8 et 9 : Illustration de la séparation des soignants selon le genre





Source : Badji Dioumel, 2012-2013,

Ces écriteaux aux différentes portes montrent la séparation des salles de soins pour des consultations selon le genre.

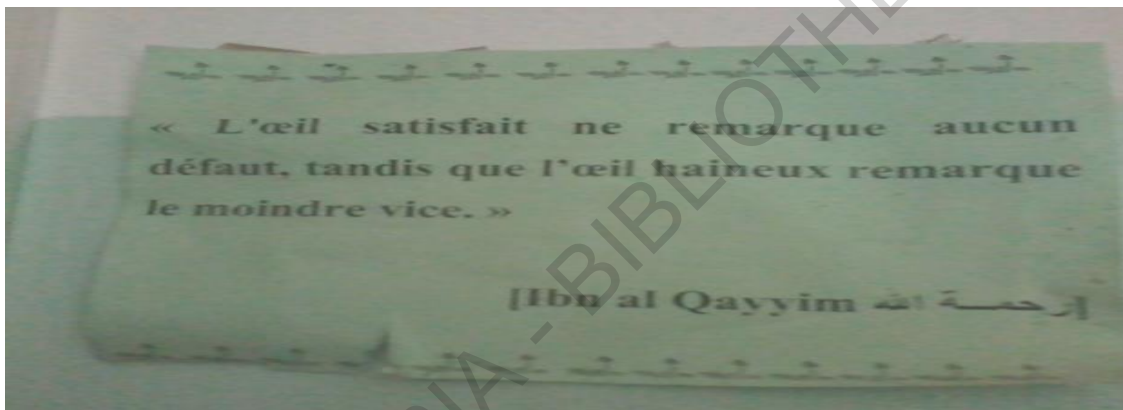
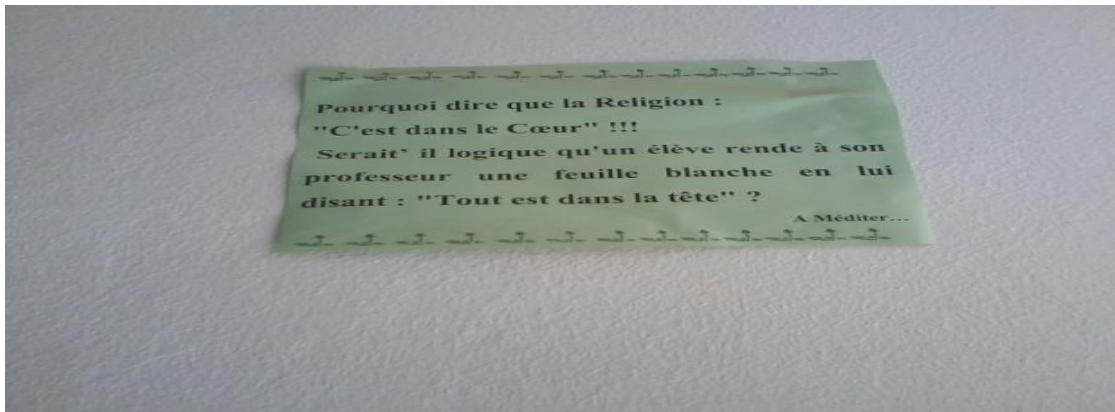
Capacité d'accueil des structures :

Sur les 4 structures de santé, seules 2 sont dotées de lits et de chambres d'hospitalisation à savoir la Chifa et la clinique Yasin. Ainsi respectivement nous avons 13 lits pour Chifa et 7 pour Yasin. Pour Chifa, c'est suite aux derniers réaménagements de la structure que des bureaux ont été transformés en cabines équipées en lits.

Les actions caritatives : des activités confessionnelles pour l'essentiel

Des journées de consultation gratuite, de don de sang, d'analyses médicales ont été offertes aux patients sont au programme des calendriers d'activités de Chifa. Ces activités se font en général à l'approche de la période hivernale pour sensibiliser les populations sur certaines maladies. Des dons de médicaments se font également, lorsque nous en recevons gratuitement des bonnes volontés, nous ne les vendons pas. Pour les cas sociaux avérés, la prise en charge médicale se fait gratuitement au sein de la structure. Les « Dahra coraniques » nous envoient souvent des élèves que nous les soignons à moitié tarif.

Photographie 10 et 11 : Citations religieuses sur le mur du centre médicosocial Chifa



Source : Badji Dioumel enquête 2012

Les photos illustrent les affiches murales de Chifa, porteuses de messages religieux. Nous l'évoquions tantôt, certains faits sont retenus comme des déterminants du statut religieux de l'établissement. Notre attention s'est également portée sur le respect des heures de prière par les soignants et de l'ensemble du personnel. Il est fréquent que les activités soient suspendues où nécessite des réaménagements instantanés, le temps d'une prière.

Motif de majoration des tarifs :

Les tendances ressorties de l'analyse des tarifs et des sources de financement font état d'une gestion autonome des structures privées. Cette situation trouve d'ailleurs ses prolongements dans les services de santé publics également à quelques exceptions près. Mis à part quelques rares subventions ou dotation lors de programmes nationaux de lutte contre certaines

pathologies endémiques les Structures de Santé Primaires s'autofinancent. Ainsi, il est fréquent que dans le contexte de la crise économique généralisée, des stratégies de survie soient établies par les acteurs. Les plus répandues restent l'augmentation des coûts de soins. Tel est le cas pour l'ensemble des établissements constituant notre échantillon. Cependant les modes d'organisation sont différents selon que le service soit lucratif ou non lucratif.

Pour le confessionnel, les financements de la structure proviennent essentiellement de la cotisation de bonnes volontés qui s'attèlent à venir en aide aux populations de leur localité. Respectivement, Oumoul Mouminina et Chifa furent créées en 1992 et 2007. Les cotisations mensuelles collectées servent en majeure partie au fonctionnement du service, à la rémunération du personnel, à l'achat des médicaments de la pharmacie. Cependant pour Chifa la charge des dépenses notamment en loyer de la structure (600000frs), les dettes contractées pour l'équipement du laboratoire d'analyses médicales, et la participation au règlement des masses salariales ont été très rapidement des causes évoquées pour l'augmentation des tarifs de soins. L'enthousiasme des volontaires et leur motivation s'est réduits. Si ces causes ne sont pas énumérées comme entrave à la bonne marche des centres socio-médicaux et des services du privé, le sous équipement et la compétition des autres types de structures sont évoqués par les gestionnaires du secteur public.

3.4 L'analyse de l'accessibilité aux soins

L'accès physique aux services de soins ne se pose pas dans la commune d'arrondissement des Parcelles Assainies comme d'ailleurs dans la plus part des zones urbaines. Contrairement aux milieux ruraux où la desserte médicale engendre des exclusions de villages ou d'habitats dispersés, les soins sont disponibles en général dans des rayons inférieurs à 2 km. Fort de cela nous avons mis en avant d'autres aspects spécifiques à la ville pour documenter les dysfonctionnements dans le recours aux soins.

Si à Fatick ou dans les sites du « diéri »³⁰ les distances constituent des facteurs de sous-utilisation des établissements de soins, la nature du bâti et l'étalement rapide des habitats dans la Commune d'arrondissement des Parcelles Assainies ont abouti à une configuration de paysage complexe. On le voit au travers des extensions de parcelles moins loties que les

³⁰ Zones enclavées dans certaines régions occupées en générale par les éleveurs en l'occurrence les peuls nomades à la recherche de cadres spatiaux favorables à leurs activités et pour leurs bêtes.

souches planifiées. Un fait qui vient accentuer les disparités en termes de dotation de services sociaux de base et en termes de distance à parcourir. C'est ainsi, qu'au sein des Parcelles Assainies, des unités ont des caractéristiques spatiales différentes. Nous le voyons avec l'unité 15 qui est rattachée désormais à l'unité 9. Les populations de cette nouvelle frange, sont à priori de nouveaux individus à intégrer dans un espace médical adéquat. D'autre part, les HLM Grand Médine se singularisent aussi par l'harmonisation du bâti des habitats³¹. Certains unités ou quartiers sont considérés comme des zones résidentielles alors que d'autres sont des sites populaires. Cet état des faits pourrait être corroboré par les propos suivant : « *une ville se subdivise en quartiers dont les caractéristiques (types de construction, niveau d'équipement, densité de population etc.) différent considérablement et les distinguent les uns des autres, constituant des villes dans la ville* ». (Salem, 1998).

Les entretiens avec les patients rencontrés au niveau du PS de l'unité 26 viennent conforter la théorie selon laquelle, la proximité est un facteur très attractif de clients. Une patiente femme mariée, 26 ans et un enfant cite : « *j'allais souvent à Nabil Chouchair pour me soigner ou vacciner ma fille car mon mari travail là-bas, mais désormais je viens ici, c'est plus proche de chez moi et je marche doucement pour venir je n'ai même pas besoin de moyen de transport. De plus j'ai découvert que madame X est une parente, elle est très patiente et disponible avec nous, vraiment. Pendant ma grossesse je venais constamment la déranger.* »

3.4.1 L'accessibilité financière des soins : une alternative incontournable

L'offre de santé publique est cependant différente du privé, les activités et les programmes pour autant qu'ils soient tous curatifs ne sont pas identiques. Les postes de santé publics ont des objectifs de santé communautaire et de ce fait, ils sont en plus des centres de promotion et de prévention des maladies. Les pics de fréquentation sont enregistrés entre autres, lors des journées de vaccinations, qui ne sont disponibles que dans le public ou dans les structures de santé qui travaillent en collaboration étroite avec le ministère de la santé. Par ailleurs les patients ont le loisir d'acheter les injections et de se faire vacciner dans les structures privées de leur choix. Les coûts de consultations forfaitaires par rapport au privé en général est une cause de consommation médicale.

³¹ La similitude des maisons et le découpage parcellaire équitable connaissent de nos jours des changements dans la généralité. Bon nombre de propriétaires ont procédé à des modifications de l'architecture des anciennes maisons.

3.4.1.1 L'accessibilité physique : un avantage contourné souvent à dessein par les patients

La proximité est un atout majeur pour la polarisation des patients, cependant dans les données de registres de consultation, les régions ont une part non négligeable et illustrent les espaces sanitaires réelles des structures. Les sites localités comme Thiadiaye, Kébémér, Louga, Diourbel, Kolda, Touba, Tambacounda corroborent très souvent la trajectoire professionnelle et les origines de certains soignants de l'établissement. Cependant, de nos entretiens avec les patients, il est ressorti certaines causes de non fréquentation pour des raisons personnelles : Un patient, 24 ans, étudiant et chômeur résidant à Grand Médine (quartier irrégulier proche de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies) cite : « *je viens accompagner ma copine pour la vaccination de notre nouveau-né, c'est plus discret que de l'amener à notre poste de santé. Les gens parlent.* ». Pour d'autres, la gêne est de fréquenter une structure publique, une situation qui se prêterait à la stigmatisation de leur statut économique.

L'accessibilité physique : un baromètre de lecture spatiale

L'accessibilité physique est communément décrite par une proximité de l'établissement de soins, elle est « fonction du couple distance/temps ». (Picheral, 1984). Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), une bonne accessibilité physique aux soins de santé primaire est une distance inférieure ou égale à 5 km. Dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, et plus précisément dans nos zones cibles, l'accessibilité aux divers types d'offre de soins est comprise dans l'ensemble dans ce rayon. Pour les sites implantés au-delà des 5km, les moyens de transports : cars rapides, clandos, taxis et bus assurent les trajets. Les HLM Grand Médine suivent derrière les autres unités avec 532 consultants soit 10.25 % du total des effectifs, précisons juste que ces HLM correspondent à l'U 23³². Diamalaye est la troisième adresse de provenances des consultants avec 181 personnes soit 3.49%. Nord Foire, Keur Damel et Grand Yoff sont aussi non négligeables de l'espace sanitaire car ces localités comptabilisent respectivement 2.85, 1.29 et 1.06%. Ces sites sont du voisinage des Parcelles Assainies. Le reste des adresses ont respectivement des pourcentages inférieurs à 1%. Cependant, ces localités ne demeurent pas

³²Les HLM Grand Médine correspondent à l'unité 23, cependant dans les registres de consultation les soignants dissocient ces adresses. Fort de cela nous les avons répertoriés comme tel, mais avec une prise en compte dans l'interprétation des données.

moins des zones exclues des soins du centre médicosocial Chifa. Les adresses non définies lors du dépouillement des registres s'élèvent à 361 soit 6.95% des effectifs. Les autres aires de provenance très diversifiées sont au nombre de 870 patients soit 16.77% des individus.

Pour autant que l'accessibilité physique soit un outil de mesure des disparités spatiales, elle a été pour d'autre structure révélatrice des limites du réseau de transport pourtant dense.

L'accessibilité physique : révélatrice des réseaux de transport denses mais lacunaires

La situation des structures de santé à proximité des réseaux routiers est à priori assimilée à une accessibilité géographique. Cependant, pour la plupart des établissements de soins que nous avons ciblés, l'aire de rabattement (distance entre le domicile et l'arrêt des véhicules de transport) est assez éloignée. Précisons juste que ce n'est pas la généralité, les points où l'on retrouve les stationnements de plusieurs types de services de transport pourraient nécessiter eux même un moyen de locomotion. La plus efficace en termes de gain de temps et de confort reste de loin les taxis. Ceux-ci, ne sont pas cependant à la portée de tout le monde. L'accessibilité financière devient alors une autre difficulté qui se greffe aux problématiques du système de soins.

L'accessibilité physique: évaluable par l'analyse des registres

Nous avons pu jauger l'accessibilité de certaines structures par la fréquence et le nombre de consultation d'un individu au cours du mois ou sur une certaine période. C'est ainsi que nous avons pu particulièrement avec le registre des pansements tenu par l'aide infirmier du centre, évaluer les retours des patients traités pour les vaccinations, injections, pansements,...

L'accessibilité aux soins est déterminante dans l'analyse de l'offre, cependant elle l'est tout autant pour l'étude du recours aux soins.

Chapitre IV : analyse du recours aux soins et des volumes d'activités des structures de soins

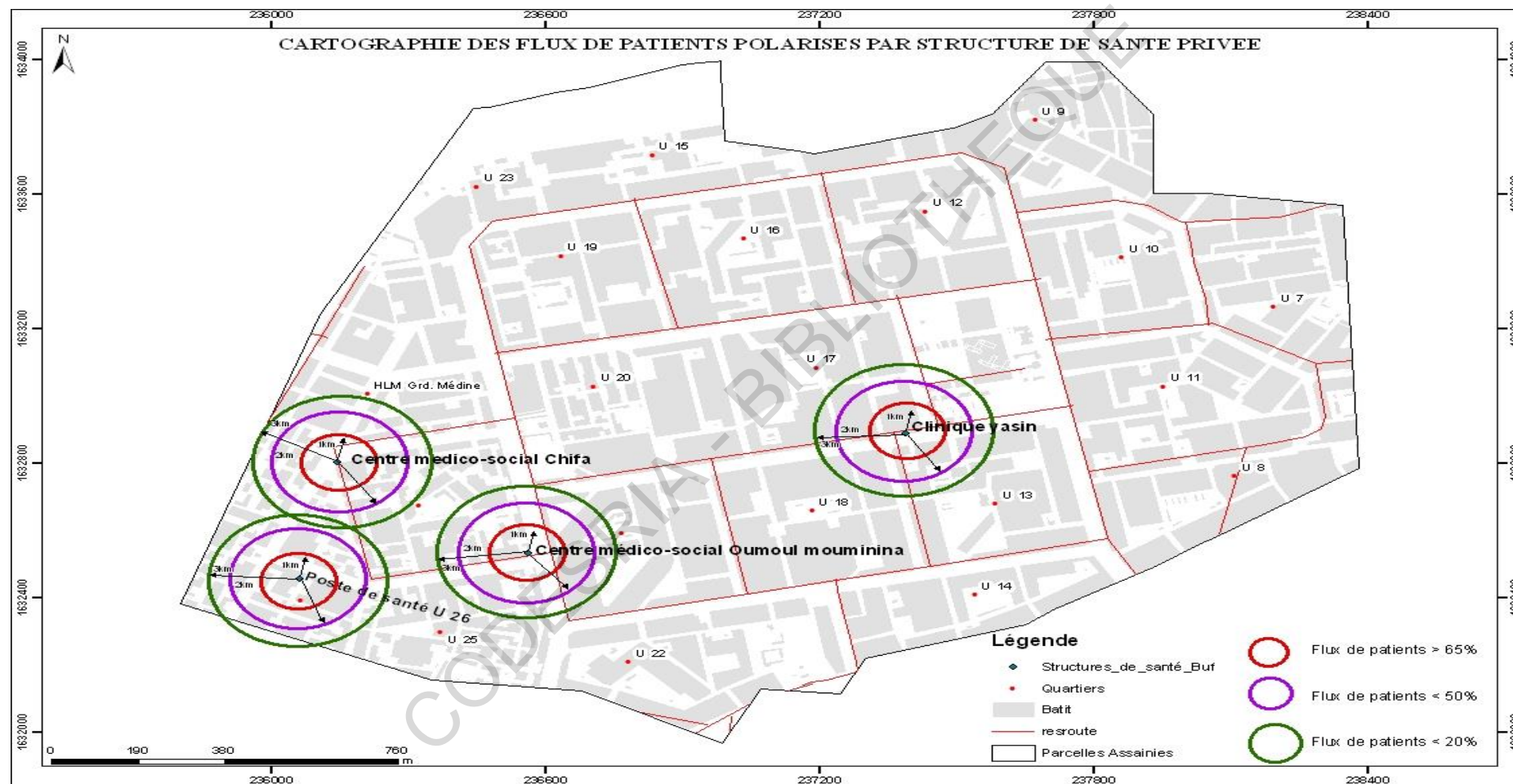
L'indisponibilité des données démographiques par quartier de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, nous a poussé à recourir aux méthodes comparatives des volumes d'activité des différentes structures de soins. Les effectifs de résidents par quartier, nous aurait permis de calculer les taux de fréquentation respectifs, et de définir la population cible. De ce fait, nous avons opté de travailler avec des indicateurs tels que les aires de recrutement, la morbidité diagnostiquée. Ces indicateurs permettront de spécifier la spécialité des services de santé selon les demandes en soins, selon le genre ou la classe d'âge entre autre.

4.1 Analyse des espaces sanitaires

Rappelons que l'aire de recrutement est l'espace polarisé par une structure de soins. Ce chapitre sera consacré à l'analyse des aires recrutement et de l'espace sanitaire des structures retenues. La carte ci-dessous ainsi que les tableaux ci-dessous nous renseignent sur les aires de provenance des patients fréquentant les structures de soins.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Carte 4 : Cartographie des flux de patients polarisés par structure de santé privée



source : Badji Dioumel, données de terrains 2012

La carte ci-dessus, nous traduit pour chaque établissement de soins les aires polarisées : pour chaque structure, nous avons sélectionné les trois localités ayant comptabilisé le plus de patients. La distance à parcourir pour l'accès aux soins a été déterminant pour la fréquentation, on le voit bien, le nombre de patients diminue considérablement au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la zone d'implantation du service de soins. Ainsi pour l'ensemble des structures, le voisinage direct constitue la zone de polarisation par excellence. Dans les tableaux ci-dessous les faits sont plus détaillés avec la précision des adresses des patients.

Tableau 12 : l'espace sanitaire du centre socio médical Chifa.

Distances structures	≤ 1km		≤ 2 km		≤ 5km		≤ 10 km		+ de 10 km	
	Chifa	P. ASS (67, 13%)	Diamalaye (3,48%)	C. LSS	Arafat	C. Douane	Pikine	Rosso		
D. Mbaye		Hlm grd md (10, 25%)	N. Foire (2, 85%)	Grd Yoff (1,29%)	Zon. cptge	Yarakh	Dahra			
K. Damel (1,06%)		Grd médine	Ouest foire	Patte d'oie	Colobane	K. Massar	Rufisque			
Dior			C. BCEAO	Khar Yalla	Dalifort	Medina	Diourbel			
			Fadia	Ngor	Gu Tapée	HLM	K.M. Fall			
			Soprim	Mermoz		Thiaroye	Mariste			
			Cambérèn	Ouakam		Golf	Fouta			
			Yoff	Point E		Yeumbeul	Grd Dakar			
			Impôts et Domaines	Sipress		Niary tally	Mbao			
				Castor		Sindian				
				Centenaire		Touba				
				Sacré Cœur		Boune				

Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012

Tableau 13 : l'espace sanitaire De la clinique Yasin

Distances structures	≤ 1km		≤ 2 km		≤ 5km		≤ 10 km		+ de 10 km	
	Yasin	P. Ass (67,51%)	Soprim (2,82%)	Diamalaye	Almadies	Dalifort	Pikine			
			Hlm G. Mdne	Derklé		Thiaroye				
			Keur Damel	Golf		Zone de captage				
			Fadia	Grd Dakar		Colobane				
			Impôts et domaines	Liberté		Guédiawaye				
			Cambérène (6,21%)	Médina		Keur Mbaye Fall				
			Djily Mbaye	Arafat		Médina				
			Nord foire	Grd Yoff		Kolda				
			Yoff (3,10%)	Hamo		Lycée Blaise Diagne				
			Patte d'oie	Castor						
				C.Millionnaire						
				Mariste						

Source : Badji Dioumel, calcul à partir des registres de consultation, enquête de terrain 2012.

Le tableau ci-dessus illustre l'espace sanitaire issu des registres de consultation de la clinique Yasin. Pour cet établissement est établi à l'U 20 en face de l'U 17 où est implanté l'hôpital Serigne Abdou Aziz Sy et 4 autres structures de soins.

Tableau 14 : l'espace sanitaire de Oumoul mouminina

Distances structures	≤ 1km	≤ 2 km	≤ 5km	≤ 10 km	+ de 10 km
	Oumoul Mouminina	P.Assainies (70,05%)	HLM Gd Mdne (9, 41%)	Soprim	Mariste
		Djily Mbaye	Keur Damel	Sacré Cœur	Pikine
		Grand Médine	Cambéréne	Liberté	Boune
		Dior	Nord foire (3,15%)	Médina	Castor
		Diamalaye (7,19%)	Ouest foire	Zone de captage	Sébikotane
			Yoff	Scat urbam	Guédiawaye
			Patte d'oise	Cité Faysal	Keur Mbaye Fall
			Apepsi	Mermoz	
			Grand Yoff		
			Fadia		

Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2013

Sur ces tableaux nous avons volontairement occulté le pourcentage de fréquentation de bon nombre de localité car individuellement ils sont inférieurs généralement à 1%.

Picheral, (1984) définit l'aire de recrutement comme l'aire effective d'exercice d'une structure. Elle correspond également à l'aire d'attraction. L'implantation d'un établissement de santé dans une localité influe sur le taux de fréquentation. « *Il apparait que quelle que soit l'offre de soins, le recrutement des malades reste circonscrit à de petits espaces proches de la structure, les malades venant de loin restant une minorité.* ». (Salem, 1995)

Le centre médicosocial Chifa comme les autres établissements de santé n'échappent pas à ce constat. Entre autre, la fidélisation des patients découlant principalement de la trajectoire du personnel de santé a nuancé les aires d'attractivité des différentes structures. Ainsi pour Chifa, les forts taux de fréquentation sont comptabilisés pour les Parcelles Assainies avec 3483 personnes sur un effectif de 5188, soit 67.13% des flux. Précisons cependant que ces données ne proviennent que de 4 registres de consultation que l'on a pu exploiter. Plus de la moitié des

patients sont résidents aux Parcelles Assainies et pour cette frange encore les unités 26, 24 et 25 très proches de la structure sont les adresses dominantes. A elles trois, ces unités comptabilisent 2702 soit 77.57% des adresses des Parcelles. Les inégalités sont marquées par la prédominance de l'U 26 36.74%, suivie de l'U 24 avec 32.18% et l'U 25 avec 8.84% des pourcentages des PA. Ces résultats consolident l'implantation du centre médicosocial plus proche de l'U 26 que d'une bonne partie des résidents de l'U 24. L'accessibilité physique est un facteur déterminant pour l'explication des flux de consultation. Les patients n'ont pas besoin de recourir à des moyens de locomotions motorisés pour atteindre la structure, d'autant plus que pour ces unités, les distances maximales sont inférieures à 5km. Cette situation n'est pas généralisée dans la localité, les irrégularités dans l'adressage des rues et quartiers favorisent ou défavorisent certains sites.

Les mêmes tendances se dégagent à Oumoul Mouminina, à la clinique Yasin ou au PS de l'unité 26. Nous le confirmons avec l'analyse de leurs données spatiales.

Les données du tableau de l'aire de recrutement de Yasin nous renseignent sur les effectifs respectifs de chaque unité après l'exploitation des registres des accouchements et des CPN. La clinique présente une offre de soins sur la médecine générale à priori, mais ses activités sont largement dominées par les soins gynécologiques dispensées par la propriétaire assistée de ses employées sage femmes pour l'essentiel. Son expérience d'une vingtaine d'années, et un déménagement de la structure de Cambérène aux PA a largement influencé sur l'espace sanitaire. Ainsi comme les structures dont nous avons analysé les données, les PA sont encore détentrices des plus grands effectifs de fréquentations avec 239 soit 67.51%. Suivent loin derrière Cambérène 22 soit 6.21%, Yoff 11 soit 3.11% et cité Soprim 10 soit 3.10%. Les fidèles clientes de son ancien cabinet de cambérène recourent toujours aux services de la structure. Ce même schéma cependant spécifié au centre de santé médico-social Oumoul Mouminina est illustré dans les tableaux.

L'espace sanitaire du centre médicosocial Oumoul mouminina dégage à quelques différences près, les mêmes tendances de polarisation des flux de malades. Les Parcelles Assainies sont majoritaires dans le décompte des adresses des patients avec 1198 soit 70.06%, suivi des HLM Grand Médine 161 9.41% soit et Diamalaye 123 soit 7.19%. Ces deux dernières localités étaient très proches de l'ancien site où était implanté le centre avant leur déménagement des HLM G.M. à l'U 24 il y'a 2 ans. Ces faits viennent corroborer, un tant soit peu, la notion de fidélisation des patients par les soignants.

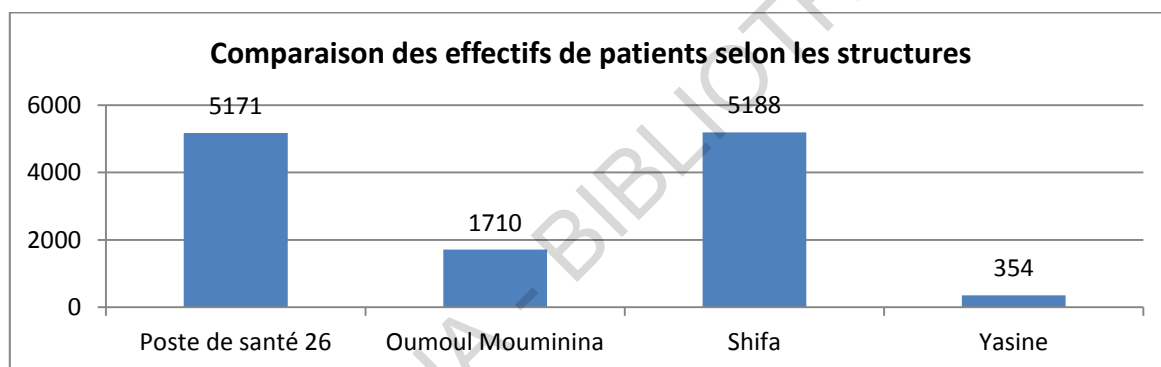
4.2 Les effectifs de patients selon les structures

A l'énoncé du choix des indicateurs nous avons exposé la non disponibilité des données démographiques par quartiers dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. Un fait, qui nous a poussé à recourir aux méthodes comparatives des aires de recrutement et des volumes d'activités. Nous avons répertorié pour chaque structure à partir des registres de consultation le nombre de patients durant l'année 2011.

4.2.1 Les effectifs de patients selon les structures de santé

Au terme de l'exploitation des données de registres nous avons eu le nombre de consultants de chaque structure de soins. C'est ainsi que nous avons eu le tableau ci-dessous totalisant l'ensemble des consultants des 4 services de santé que nous avons retenu dans notre échantillonnage.

Graphique 1: comparaison des consultants selon les structures

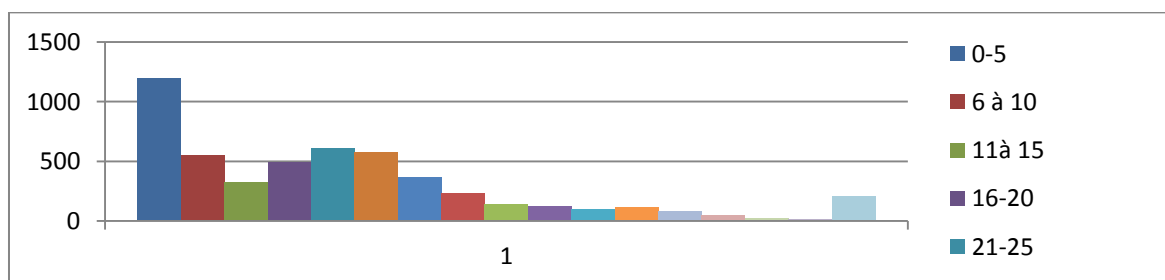


Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012

Le graphique montre bien les disparités quant aux effectifs de fréquentation. Les structures de santé de 26 et Shifa enregistrent les plus grands effectifs de consultants suivis de Oumoul Mouminina et la clinique Yasine. Du fait de sa spécialité en soins gynécologiques la clinique Yasin enregistre le plus faible taux de recrutement.

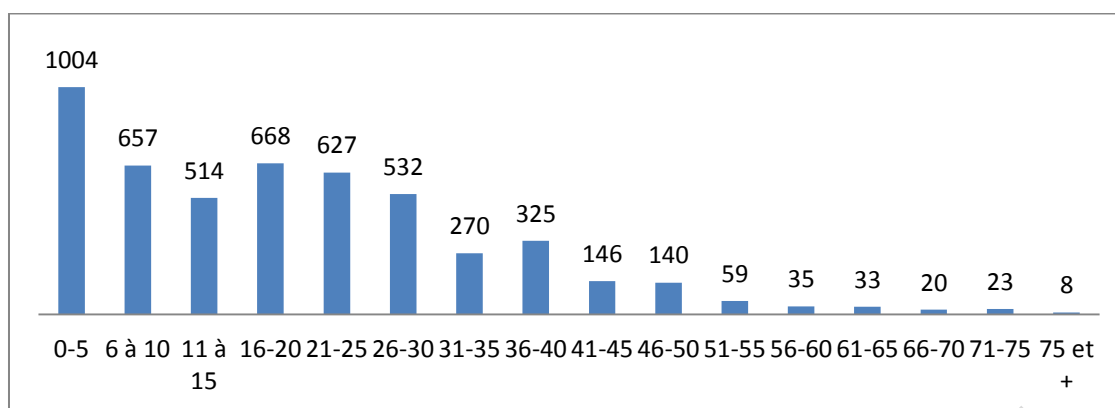
4.2.2 Analyse des recrutements (effectifs de patients) selon les classes d'âge :

Graphique 2 : fréquentation de Chifa selon les classes d'âge :

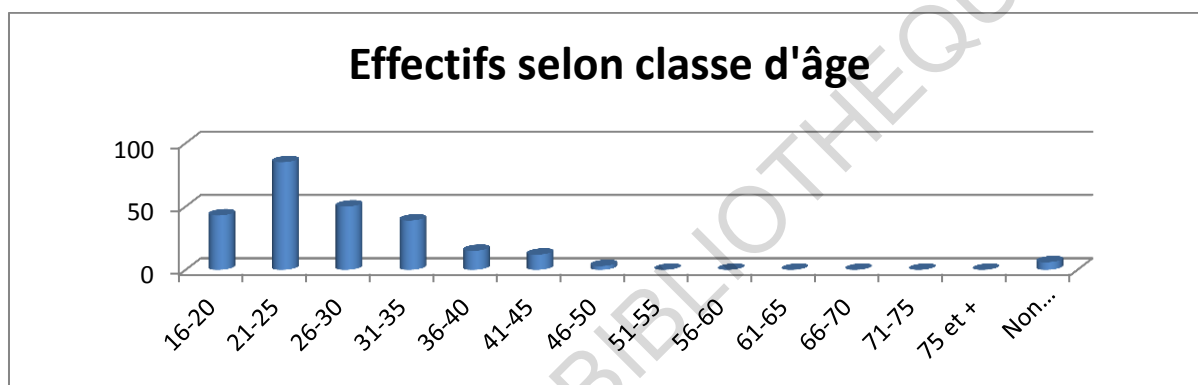


Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012-2013.

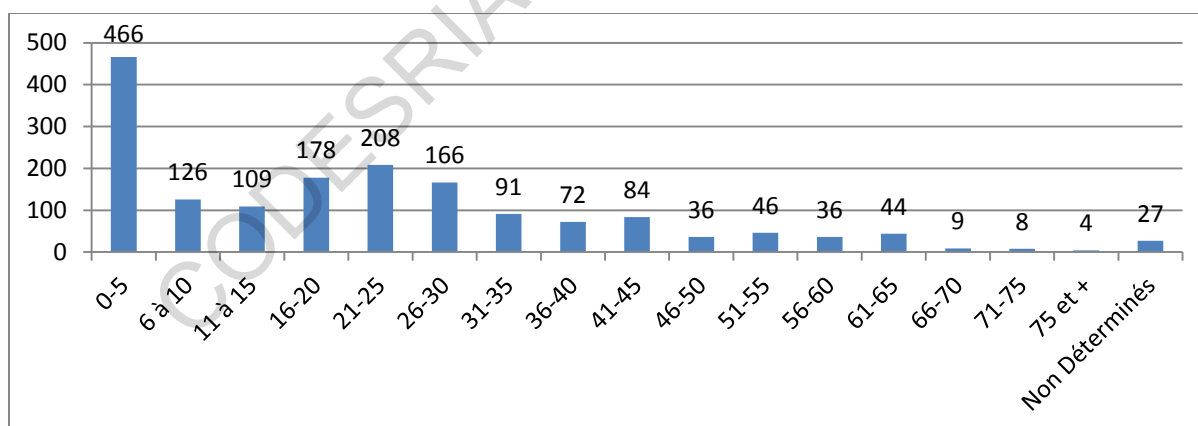
Graphique 3 : les taux de fréquentation du poste de santé 26 selon la classe d'âge :



Graphique 4 : Effectifs selon les classes d'âge (Yasin)



Graphique 5 : les taux de fréquentation de Oumoul Mouminina selon les classes d'âge :



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012

Ce graphique illustre la prédominance des plus jeunes dans les taux de fréquentation du poste de santé 26. Les moins de 40 ans se démarquent de l'ensemble des effectifs. Encore pour ce groupe, les 05 ans sont dominants avec des effectifs qui doublent pratiquement les tranches d'âge 16-20 ans, 6-10ans, 21-25 ans, 26-30 ans. De ces forts taux enregistrés pour les 0-5 ans s'opposent les faibles taux des plus âgés.

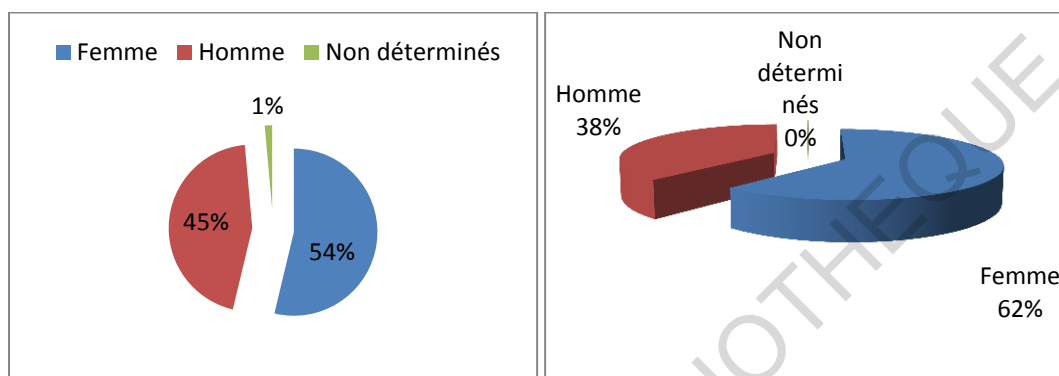
Les moins de 5 ans sont partout majoritaires sauf pour la clinique Yasin dont les soins sont spécifiques à la gynécologie. Et pour les données de la clinique, les plus jeunes sont les consultants dominants.

4.2.3 Les taux de consultants selon le sexe

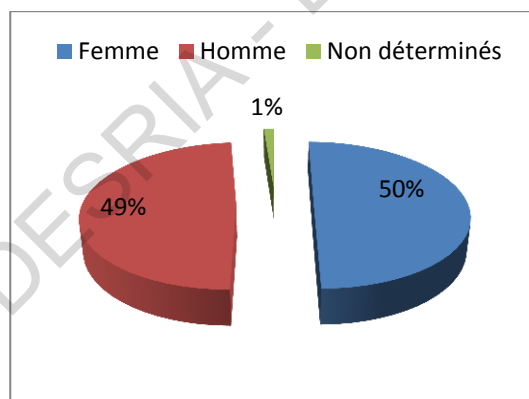
Une fréquentation plus féminine :

Nous avons constaté que les femmes se faisaient plus consulter que les hommes dans les registres que nous avons dépouillés.

graphiques6 : taux de fréquentation selon le sexe pour Chifa et le poste de santé 26:



graphique7 : Effectifs selon le sexe (OM)



Source : Badji Dioumel, enquête 2012

Pour le centre médicosocial Chifa, l'effectif des femmes est de 2788 contre 2326 pour les hommes, pour le poste de santé de l'U 26, nous avons un effectif de femmes de 3204 contre 1961 pour les hommes et pour le centre Oumoul Moumina nous avons 854 femmes et 835 hommes. Cette supériorité des consultations en faveur des femmes est remarquée pour les autres structures également à savoir Oumoul Mouminina, le poste de santé 26. Pour la clinique Yasin les femmes constituent la cible exclusive. Le constat des consultations légèrement plus féminines, paraît dans les travaux de Salem concernant la ville de

Pikine. Comme pour Chifa, les consultations sont en faveur des femmes qui détiennent 62% des taux de fréquentation du poste de santé 26. Dans la généralité, le constat a été que les hommes recouraient aux soins le plus proche de leur lieu de travail.

Les plus jeunes : les usagers par excellence des structures de soins.

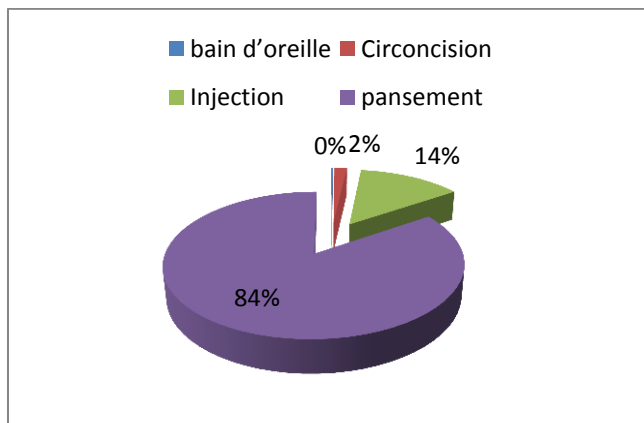
Les 0-5 ans constituent la tranche d'âge majoritaire ayant recouru aux soins de santé de Chifa, d'après les registres que l'on a exploités avec 23,01% contre 10,63% des enfants de 6 à 10 ans. Le constat est donc que les moins de 16 ans 39,86%, les plus de 16 à 30 ans 32,28% et les plus âgés ou les plus de 30 jusqu'à 40 ans sont les plus nombreux à recourir aux soins. Les chiffres vont décroissant au fur et à mesure que l'âge est plus avancé, c'est ainsi que l'on passe des extrêmes de forts taux de fréquentation des jeunes à des taux quasiment nuls s'ils ne sont pas tout simplement inexistantes. Ce constat est valable pour le centre médicosocial Oumoul Mouminina, le poste de santé de l'U 26 et la clinique Yasin (voir les tableaux spécifiques à chaque structure). Cependant pour cette dernière structure, les tranches d'âge concernent les FAR (les Femmes en Age de Reproduction). Pour ces cibles également à partir d'un âge avancé, les taux de fréquentation décroissent. C'est ainsi que les 21-25 ans, 26-30 ans, et les moins de 40 ans sont dominants.

4.3 Quelques spécificités dans l'activité et l'offre de soins à Yasin et Oumoul Mouminina

Nous avons noté au niveau de certaines structures des activités de soins qui ont été particulièrement prépondérantes. Elles ont à cet effet nécessité leur enregistrement dans des registres spécifiques.

A Oumoul Mouminina, les cas de blessure et d'injection nécessitant des soins d'urgences sont des motifs de recours aux soins. On le voit avec un net écart pour les U 25 et 24 qui ont des effectifs respectifs de 161 et 127 sur un total de 557 pansements. L'infirmier chargé de cette activité est réputé être très compétent et affable avec les patients.

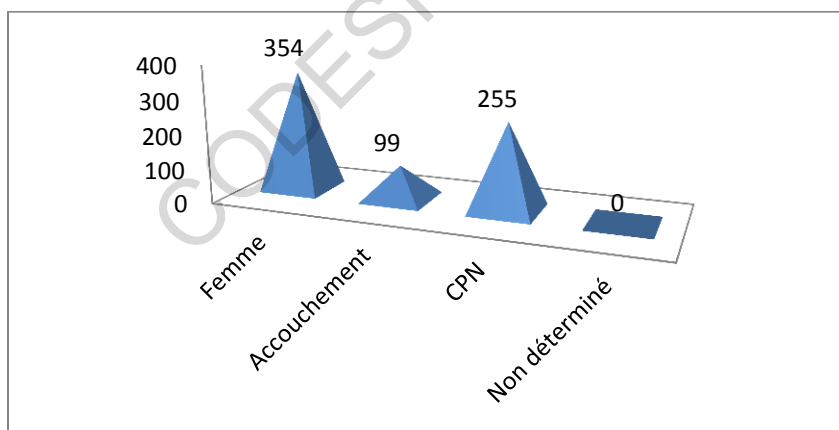
Graphique8 : Motifs de consultations



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2013

Pour l'année 2011, les activités dominantes de la clinique Yasin sont les CPN et les accouchements. Dans les registres des CPN, certaines patientes ont recouru à un traitement pour contracter une grossesse. Pour ces mêmes registres, il figure des consultations gynécologiques simples pour traitement d'infections ou d'aménorrhées. C'est le cas pour les deux cas de la tranche d'âge 11-15 ans et de près de la moitié des effectifs de consultation de la tranche d'âge 16-20 ans. Cet état de fait nous renseigne sur les modes de conservation des données qui laisse à désirer aux niveaux des structures de soins du privé en l'occurrence.

graphique9 : récapitulatif des effectifs de fréquentation de la clinique Yasin pour les CPN et les accouchements



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012-2013.

4.4 Quelques faits significatifs majeurs

4.4.1 La saisonnalité : une variable déterminante pour l'analyse des affections

Pour ce tableau de Chifa, les taux de fréquentation ont accru depuis la création de la structure de soins. Dans la généralité, les pics de fréquentation sont enregistrés aux mois d'Août, Septembre, octobre où pour les 3 ans ces périodes comptabilisent les plus grands effectifs de consultations. Ce qui est plus visible dans le graphique suivant.

Graphique 10 : Effectif selon les mois et les années

	Janv	Fev	Mars	avril	mai	Juin	jllt	aout	Sept	oct	nov	Déc	Totaux
2011	1087	891	1052	982	986	956	980	974	1197	1299	829	914	12147
2010	920	1056	1002	927	893	951	1044	1199	1223	1552	1057	1050	12874
2009	454	495	575	576	653	755	890	770	859	1124	762	790	8703
2008	276	199	281	292	400	335	384	589	629	566	495	518	4964
2007	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	32	290	294	228	162	1006

Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2012.

A défaut de chiffres cumulés sur 4 ans pour les autres structures, des propos ont conforté ces résultats lors des entretiens faits avec les personnels de santé. Le médecin chef de Chifa, 33 ans cite: « nous prévoyons d'augmenter le nombre de lits d'hospitalisation en vue des périodes de fortes affluences, pendant l'hivernage et avec le paludisme, il nous arrive très souvent de ne plus avoir de place. Nous libérons certains malades pour ne retenir que les cas sérieux. le centre est débordé pendant les vacances ». L'aide infirmier de Oumoul Mouminina nous dit autant : « nous ne faisons pas d'hospitalisation mais nous avons installé ces lits et le matériel de perfusion pour les cas sérieux, surtout de paludisme ». Les registres de consultation de Chifa, de Oumoul Mouminina comme du poste de santé 26 totalisent les plus forts taux de paludisme ou de fièvre d'Août à Octobre. Il est connu que cette période est propice aux accès palustres, cette même période fait l'objet de préventions et de sensibilisations nationales de lutte contre le paludisme et entres autres les maladies diarrhéiques.

4.4.2 Les diagnostics déclarés ou la morbidité diagnostiquée: des entités nosologiques changeantes selon les soignants

L'analyse de la morbidité diagnostiquée a nécessité un grand effort d'harmonisation des données pour évaluer la part des grands groupes de pathologies. Une même maladie peut avoir plusieurs appellations. Pour le cas des angines ou des affections cutanées pour ne citer

que celles-là en guise d'exemple, les jargons les plus usités sont respectivement dysphagie et dermatoses. Encore faut-il le préciser, les types d'affection cutanée comme les douleurs de gorge sont nombreuses. Il a été donc primordial, de lever certaines équivoques avant de pouvoir exploiter la masse de données des registres de consultation. Au final, les grandes tendances de morbidité diagnostiquée ont pu être réparties en 6 grands groupes : affections respiratoires, affections cutanées, les diarrhées, les infections tous types confondus, les fièvres et les autres pathologies également regroupées. Les affections ne sont pas cependant homogènes pour tous les âges. Certaines pathologies sont plus présentes chez les enfants que chez les adultes tel est le cas des diarrhées, des affections cutanées comme les dermatoses cutanées, la varicelle, les otites, la gale, la variole, la rougeole. Les HTA, les infections génitales, entre autres on plus été rencontrées chez les adultes. Pour le calcul de morbidité proportionnelle à chaque pathologie et le calcul des prévalences, nous avons procédé à des règles de trois. Pour le traitement des données relatives au pourcentage des affections respiratoires le calcul est la somme des cas d'IRA (Infections Respiratoires Aigües) des 3 services de santé multiplié par 100 sur l'ensemble des effectifs de patients cumulées en 2011.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

Tableau 15: récapitulatif des pathologies déclarées dans les différentes structures de soins

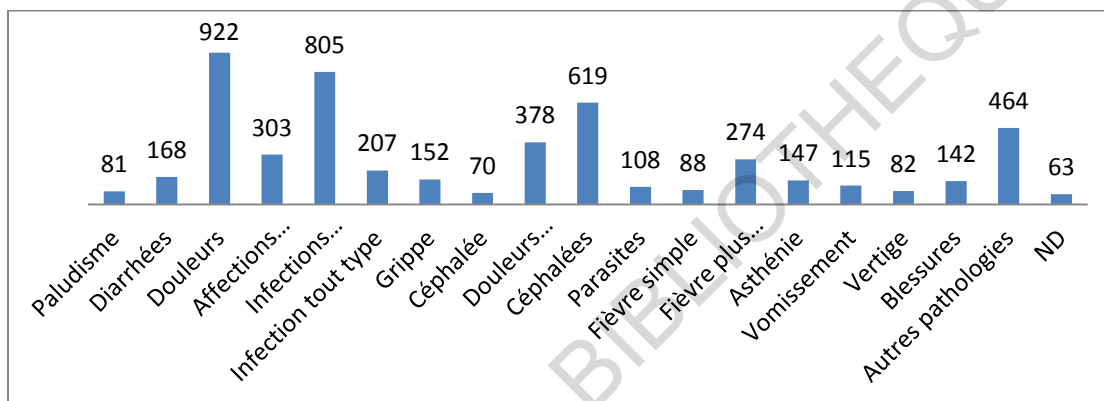
Structures affections	Centre médicosocial Chifa	Poste de Santé 26	Oumoul Moumina	Clinique Yasin	Total
Respiratoires	805	1269	116	00	2190
Douleurs	922	216	72	00	1210
Dermatoses	303	855	53	00	1211
Infections	207	205	09	77	496
Diarrhées	168	265	48	00	481
Fièvres plus autres symptômes	619	235	70	00	924
Autres affections	464	303	259	00	1026
					7538

Source : Badji Dioumel enquête de terrain 2012

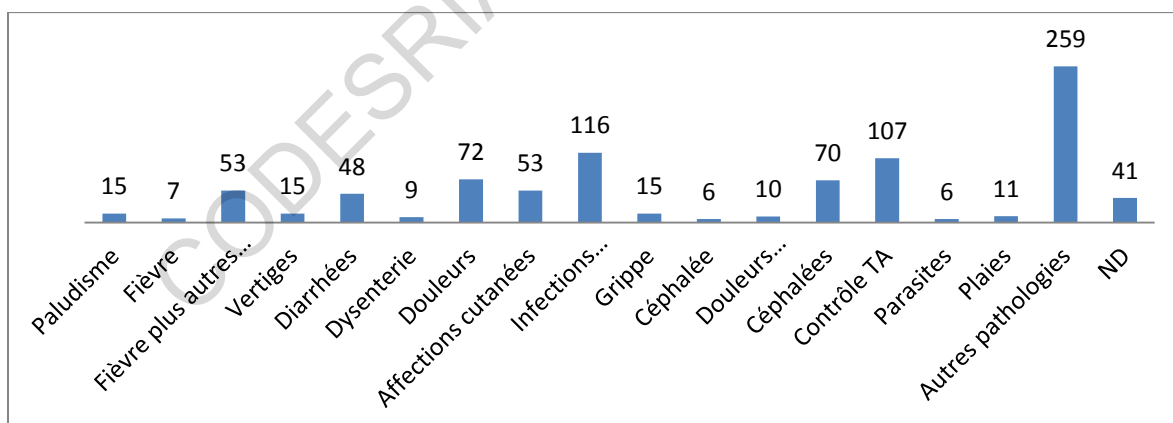
Le traitement de données de registres des différentes structures de soins montrent que les IRA sont largement dominantes suivi des dermatoses, des douleurs, des cas de fièvres, d'infections et de diarrhées. Nous avons regroupés dans la rubrique autres pathologies les affections qui ont été moindres dans le tri des informations. Il apparaît des variations quant à la distribution des affections au niveau de chaque établissement de soins. Ainsi, on remarque que dans la généralité, le Poste de santé de l'unité 26 est très sollicité pour les maladies de tout type. L'offre de soins publique constitue pour une bonne frange des résidents le premier recours. Les coûts moindres de soins et son accessibilité physique constituent des arguments attractifs. Cependant, du fait de son plateau technique limité en termes d'équipement et de personnel de santé, les patients recourent aux soins de santé privés. Dans les services de santé privés, les médecins font les consultations. Les patients nous évoquent également la disponibilité de l'offre sur des horaires moins restreintes et la prise en charge des cas d'urgence. Les structures de santé primaires ne sont pas fonctionnelles les weekends en général. Cette situation justifie à priori les cas de plainte de douleur largement en faveur de Chifa 922 contre 216 du PS 26. Dans les registres, les consultations sont enregistrées pour la plupart à des heures tardives.

Pour les cas de fièvre, il est à souligner que dans les structures de soins privés les diagnostics portent plus sur les plaintes et signes ou les observations que sur un diagnostic définitif et précis. C'est ainsi que nous avons rarement répertorié des cas de paludisme que nous avons plutôt rencontré dans les registres du public. Pour preuve, les fièvres accompagnées d'autres symptômes telles les courbatures ou asthénie sont plus fréquent à Chifa ou Oumoul Mouminina. Un fait qui est contraire aux données de registres du PS 26 où nous avons répertorié 549 cas de TDR- diagnostiqués Paludisme³³ et 82 cas de TDR+ diagnostiqués paludisme. Dans le souci d'une illustration plus pertinente des données, nous avons élaboré des graphiques ci-dessous qui nous renseignent sur la morbidité diagnostiquée, sur les données démographiques (classes d'âges,...).

graphique11 : Effectifs selon les pathologies Chifa



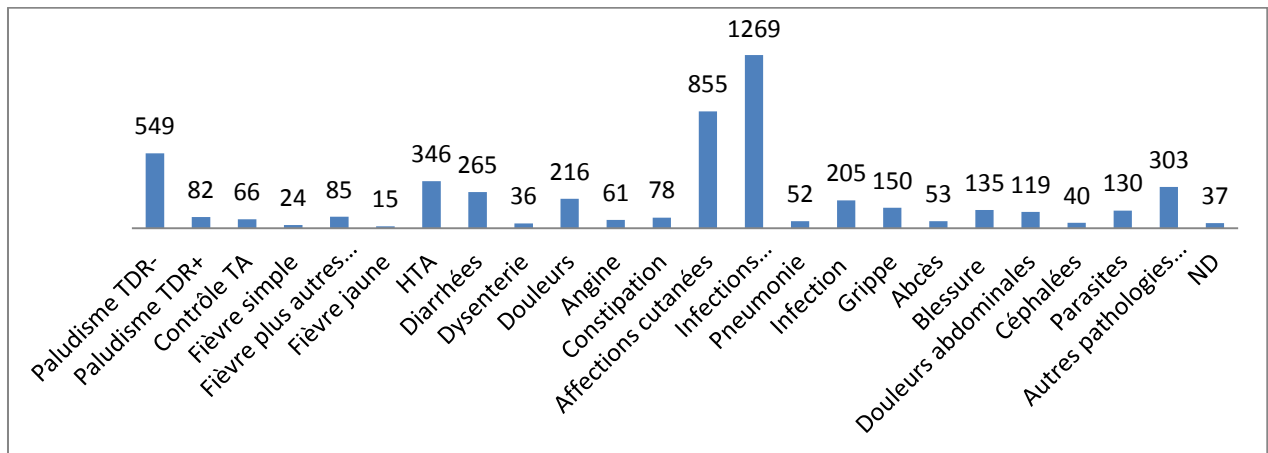
graphique12 : Analyse des morbidités diagnostiquées à Oumoul Mouminina :



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2013

³³ Ces fait sont commentés dans l'interprétation des données. Les soignants ne nous ont pas fournis d'arguments plausibles quant à l'enregistrement des diagnostics.

graphique13 : sur les différentes pathologies diagnostiquées dans le poste de santé de l’U 26



Source : Badji Dioumel, enquête 2012.

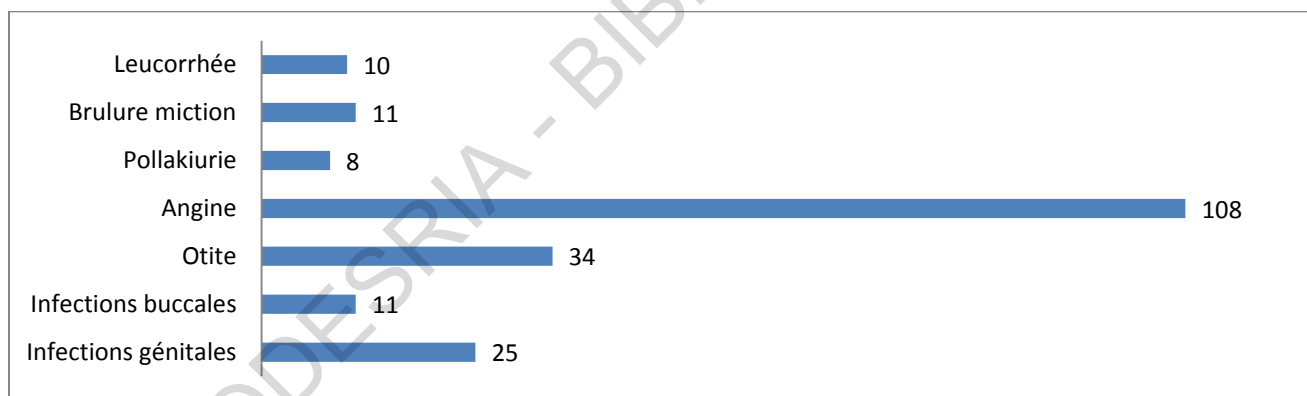
Les graphiques ci-dessus illustrent pour chaque structure toutes les pathologies enregistrées dans l’année 2011. Pour Chifa les données exploitées proviennent de 4 registres sur les 8 que nous ambitionnions d’exploiter. Les douleurs de tout type, les infections, les céphalées sont dominantes comparées aux autres affections. Le graphique de Oumoul Mouminina les pathologies regroupées dans autres se sont distinguées par leur rareté par rapport au reste des diagnostics. La nosologie n’a pas été uniformisée, de fait le dénombrement a été très fastidieux. Les affections dominantes sont entre autres les infections, les affections cutanées, les douleurs de tous types et les douleurs abdominales 10. Les cas de paludismes enregistrés au cours de l’année sont au nombre de 15. Les contrôles de TA n’ont pas été précisés, raison pour laquelle nous n’avons pas pu les catégoriser en HTA ou hypotension.

Pour l’année 2011, les pathologies recensées pour le Poste 26 sont les IRA (infections respiratoires aiguës), affections cutanées, le paludisme avec TDR-, les HTA, les diarrhées, les douleurs et les infections. Le cumul des différentes affections qui se sont distinguées par leur nombre réduit ou par leur rareté ont été regroupé dans la rubrique « autres » du graphique. Un fait est à préciser, le TDR a été introduit depuis 2007 pour diagnostiquer les cas de paludisme avérés. Lorsque le patient présente des symptômes similaires au paludisme avec une fièvre de 37.5°, il est prescrit de procéder à un Test de Diagnostic Rapide pour confirmer le diagnostic palustre. Cette procédure permet de ne plus faire de présomption. Seulement, dans les exploitations de registres du poste de santé 26, les cas TDR- sont diagnostiqués palu simple et atteignent le nombre de 549 (alors que seuls les TDR positifs doivent être diagnostiqués comme tels). Les cas de TDR+ sont au nombre de 89. C’est la raison pour laquelle, nous avons dissocié ces deux cas (signalés comme paludisme). Cela montre qu’il existe des réticences par rapport aux TDR, ou une mauvaise connaissance du protocole, ou encore un

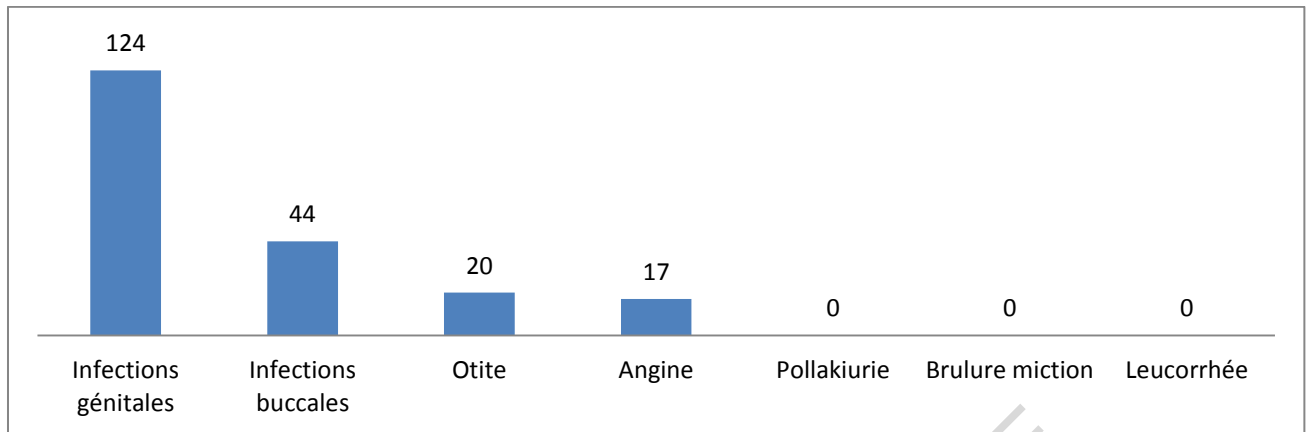
refus d'application dudit protocole national (Cf Faye, 2008). Dans les services de santé privés, le paludisme est moindre par rapport au reste des autres pathologies. Pourtant, les cas de fièvres accompagnées d'autres signes similaires au paludisme sont nombreux et la pratique des TDR est rarement rencontrée dans les registres du privé. Du privé au public donc, on remarque une différence dans l'usage des TDR. Ce qui suggère un questionnement sur les pratiques de diagnostics du paludisme et sur l'application du protocole dans les structures privées. Ces faits viennent renforcer la problématique du partenariat public-privé. Si dans un système de santé et de soins régenté par l'Etat, des pratiques quant à l'utilisation des TDR diffèrent, c'est à se demander si réellement la supervision et le contrôle des services de santé privés sont avérés ou s'ils sont lacunaires. Cette piste de réflexion mérite un approfondissement dans le cadre de recherches ultérieures pour apporter plus d'arguments à nos observations.

Nous avons entrepris d'affiner nos exploitations de données concernant la morbidité diagnostiquée dans les graphiques qui suivent. Ainsi nous avons précisé pour les types d'affections les composantes qui méritent d'être exposées distinctement.

graphique14 : Différents types d'infections répertoriés à Chifa

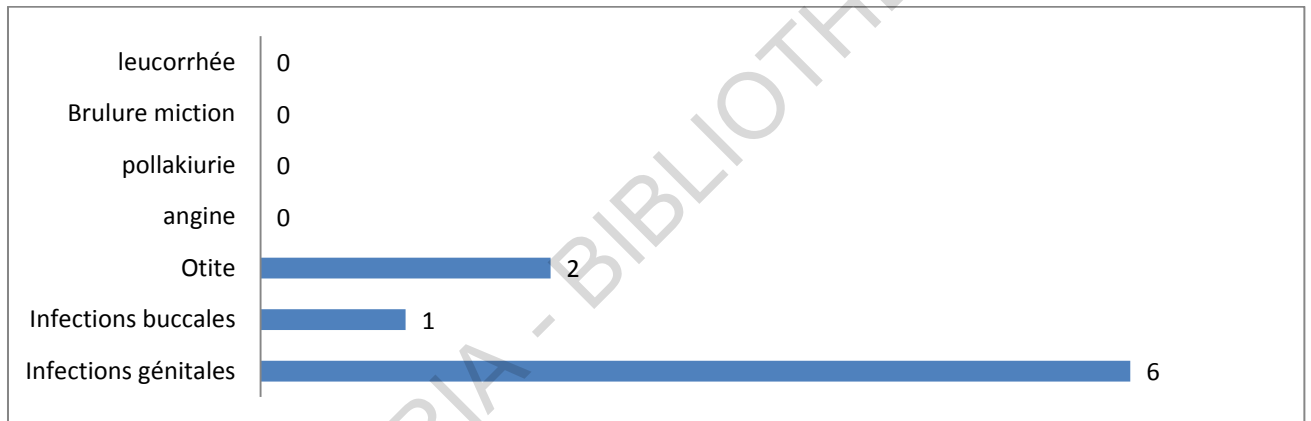


graphique15 : Effectifs selon les types d'infections



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2013

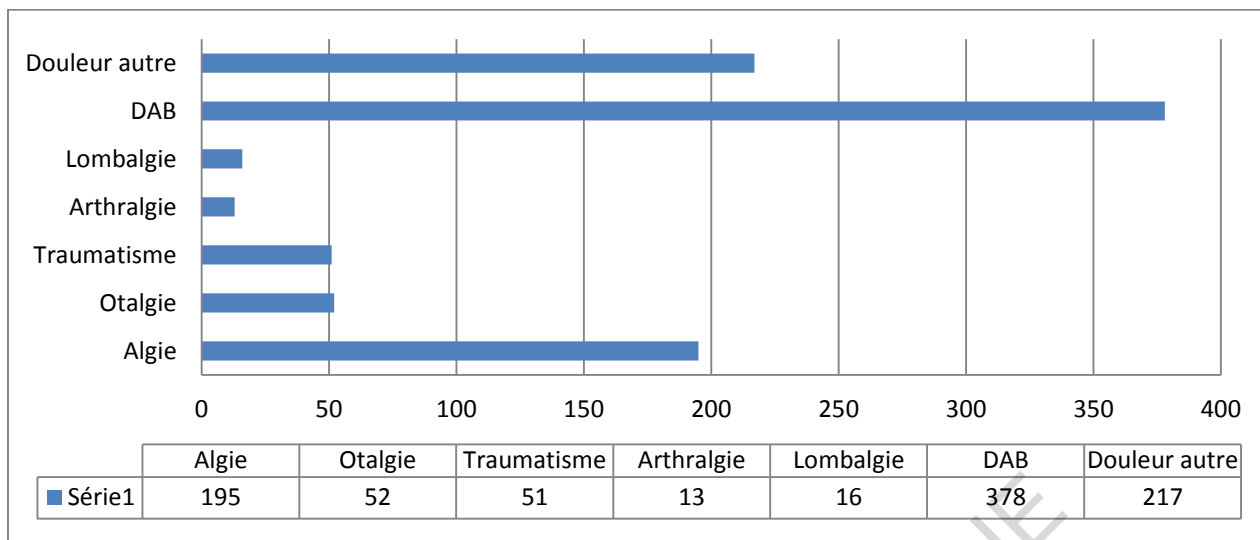
graphique16 : types d'infections



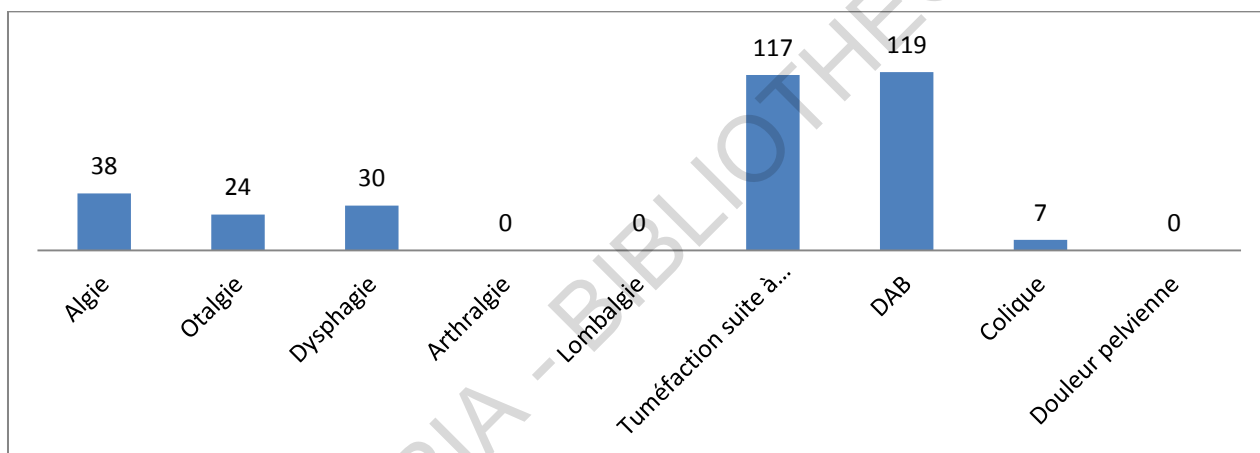
Source :Badji Dioumel, enquête de terrain 2012

Ces graphiques illustrent les différentes infections selon leur type. Pour Chifa, les angines prédominent largement, suivies des otites, des infections génitales et des leucorrhées (perte blanche anormale). La brulure lors de la miction (action d'uriner) est une catégorie d'infection génitale, la pollakiurie ou le fait d'uriner à chaque instant est un signe d'infection que nous avons décidé de mettre en exergue. Les infections buccales au nombre de 11 cas est une affection qui est fréquente chez les enfants. Les cas d'infections pour le poste de santé de 26 sont répartis entre ces affections suivantes : les infections génitales largement majoritaires et présentes chez les adultes, suivies des infections buccales et des cas d'otite affectant les enfants pour l'essentiel. O.M. enregistre les plus faibles taux d'infections génitales. Pour la clinique Yasin, nous avons répertorié 77 cas d'infections génitales, cependant nous n'avons pas eu de d'informations précises sur les diagnostics spécifiques.

graphique 17 : les types de douleurs répertoriés à Chifa

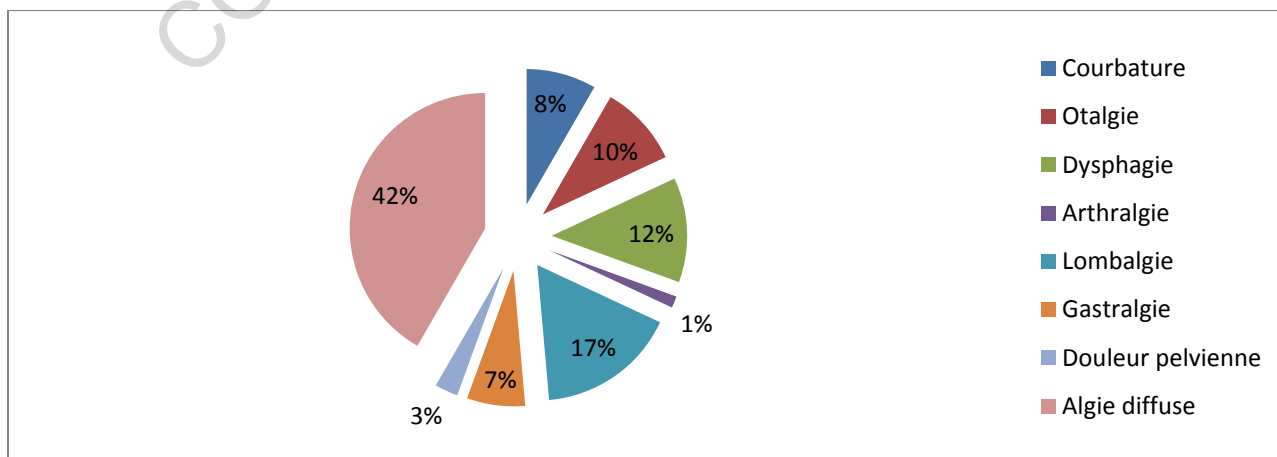


graphique18: les types de douleurs répertoriées au PS 26



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2013

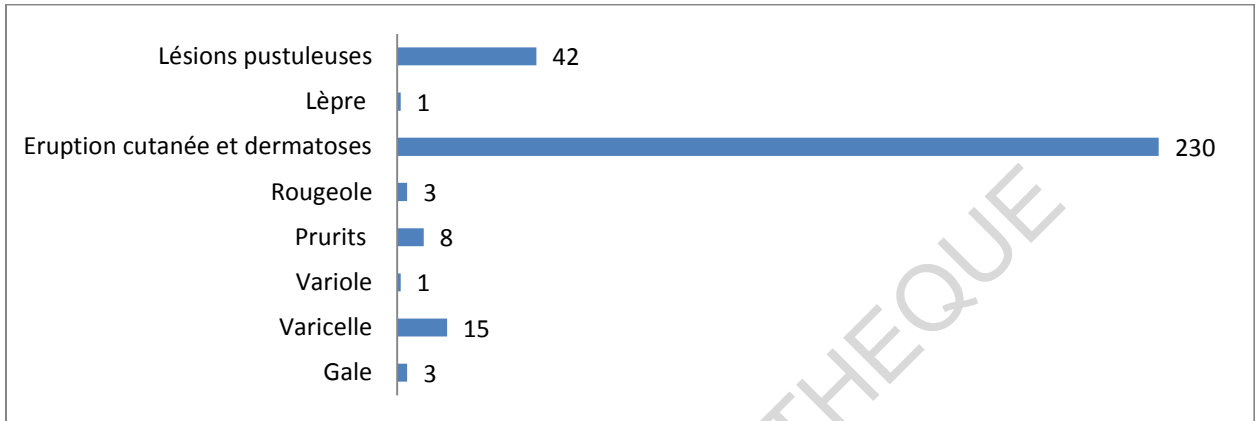
graphique 19 : les types de douleurs répertoriés à Oumoul Mouminina :



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2013.

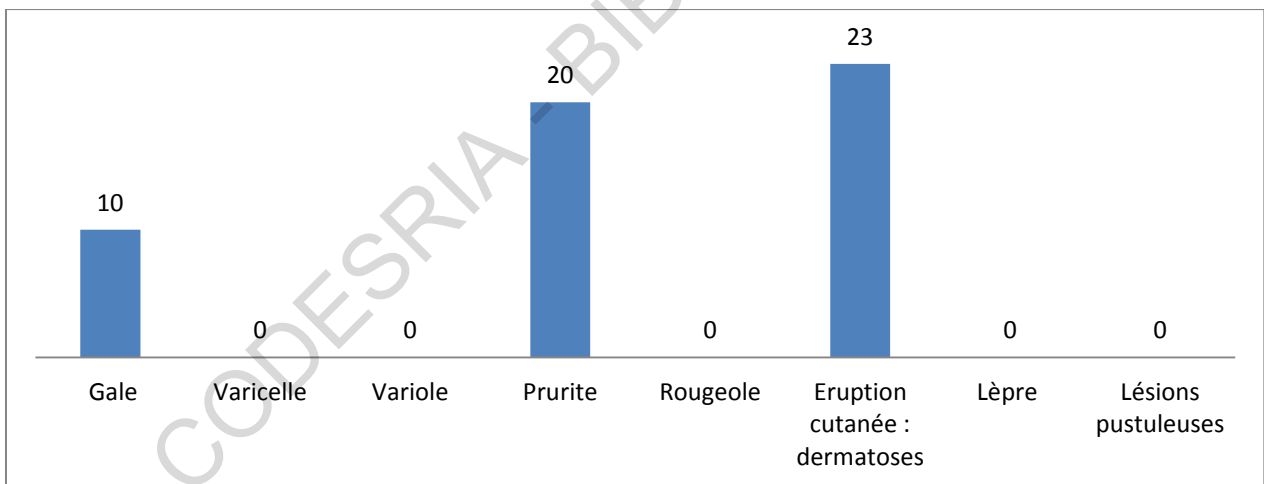
Nous avons classifié les douleurs selon leur spécificité, c'est ainsi que nous avons obtenu les affections suivantes avec la prédominance des douleurs abdominales et des tuméfactions suite à des traumatismes ou des accidents. Nous avons dénombré les cas d'algie signifiant douleurs, les otalgies ou douleur de l'oreille, les dysphagies assimilées aux maux de gorge. Nous avons dissocié les coliques des DAB car les soignants en ont fait autant.

graphique20: types d'affections cutanées chifa



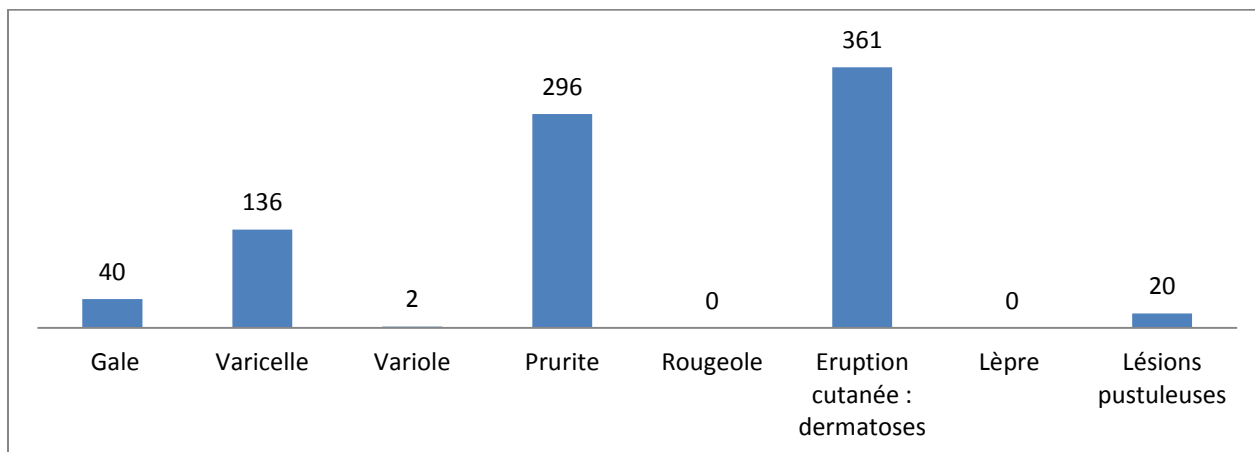
Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2013.

graphique21 : sur les affections cutanées répertoriées à OM :



Source : Badji Dioumel, enquête de terrain 2013.

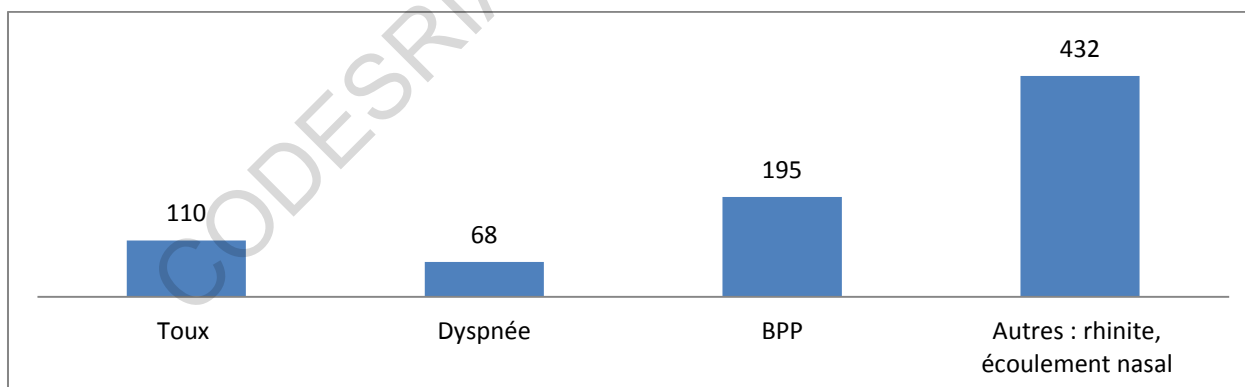
graphique22: sur les affections cutanées (Poste de santé 26)



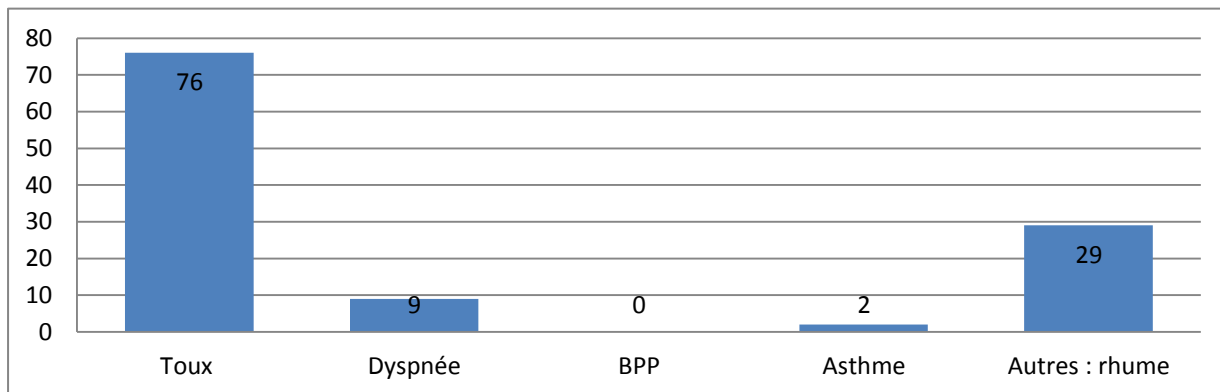
Source : BADJI Dioumel, enquête de terrain, 2012-2013

Pour Chifa, les éruptions cutanées et les dermatoses sont dominantes avec 230 cas, suivies des lésions pustuleuses 42 cas. Nous avons rencontré un cas de lèpre et 3 cas de gale. Le reste des affections touchent pour l'essentiel les enfants de bas âges. Pour les affections cutanées de Oumoul Mouminina, les éruptions cutanées et les dermatoses dominent suivies des prurits et la gale est pour cette structure plus élevée que dans les autres. Pour le poste de santé 26, les cas de dermatoses et de prurits sont dominants. Les cas de varicelle sont également fréquents chez les enfants en bas âge dans la grande majorité.

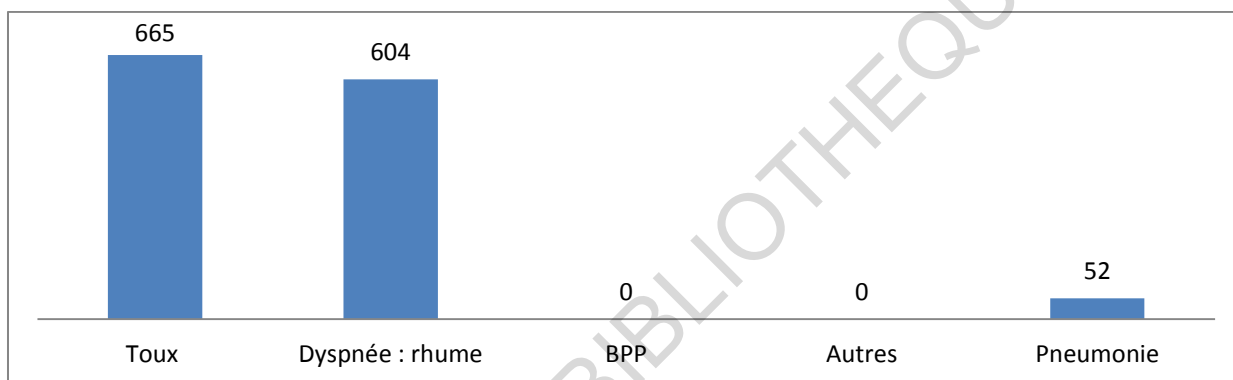
graphique23 : types d'IRA répertoriés à chifa



graphique24 : types d'IRA répertoriées à l'OM



graphique25 : sur les Infections respiratoires aiguës (P 26)



Source : BADJI Dioumel, enquête de terrain, 2012-2013

Pour le centre médicosocial Chifa, les cas de rhinites, d'écoulement nasal et de rhume ont été regroupés dans la rubrique autre. Il s'est posé la difficulté de les regrouper en différentes catégories, car les plaintes et signes ont prévalu sur les diagnostics définitifs. Comparés au remplissage des registres du public, où toutes les colonnes de la page allant des adresses au traitement sont remplies, les registres de Chifa ne sont pas remplis à part entière. Les plaintes et signes font office de diagnostic final en même temps. Les BPP (broncho pneumopathie) suivent cette catégorie avec 195 cas, la toux avec 110 cas et les dyspnées ou difficultés respiratoires avec 68 cas.

Pour Oumoul Mouminina, les affections respiratoires, la toux domine suivi des cas de rhume. Les dyspnées ou difficultés respiratoires sont moindres ainsi que les cas d'asthmes.

Pour le poste de santé 26, la toux s'est distinguée avec 665 cas, les cas de rhume avec 604 cas et les pneumonies 52 cas. Les cas de toux regroupent les toux de durées différentes et très souvent accompagnées d'autres symptômes. Cette dernière phase de nos analyses vient nous

édifier sur les tendances des pathologies les plus récurrentes dont souffrent les populations des Parcelles Assainies. Les données ont été spécifiques à chaque structure de soins, cependant pour autant qu'elles aient été dissociées dans leur interprétation, elles ont présenté des similitudes quant aux affections prédominantes. Précisons juste, qu'elles ne constituent pas la liste exhaustive des pathologies de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. Il existe d'autres types de recours aux soins, en l'occurrence le recours aux soins traditionnels. Cette dernière partie vient également boucler la thématique sur la géographie de l'activité des structures de soins privées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.

Au regard des données exploitées et des résultats obtenus, nous avons identifié des faits significatifs.

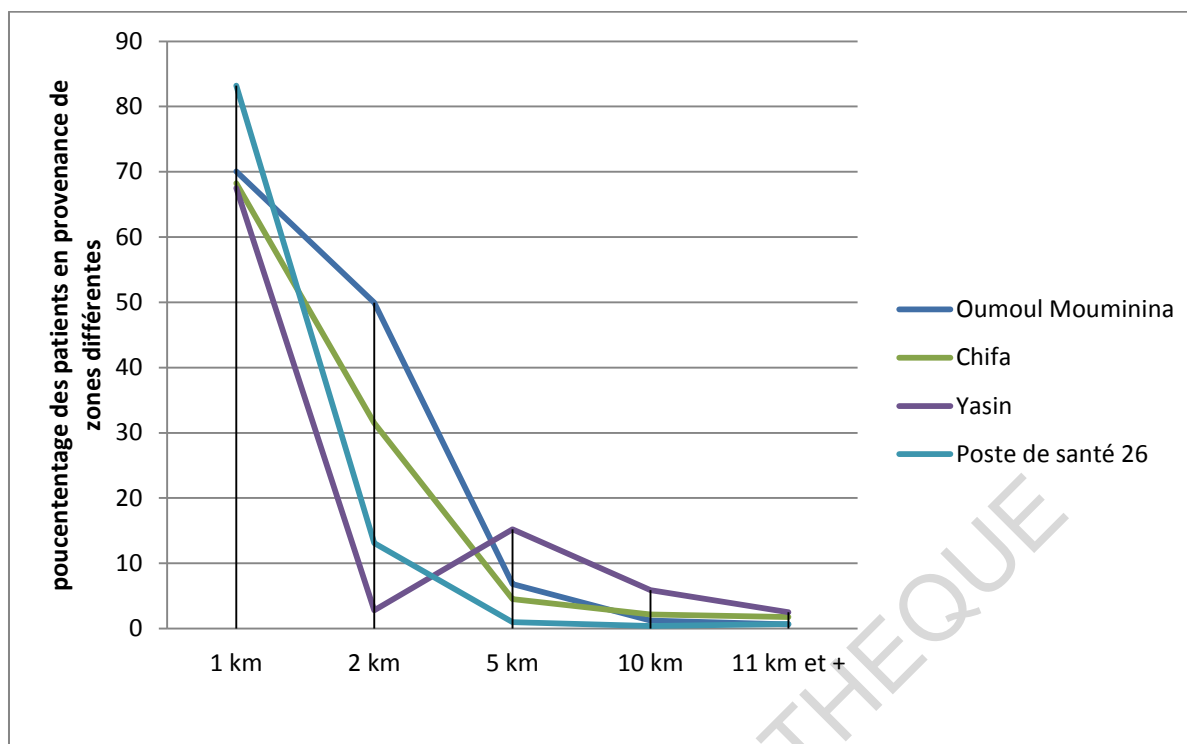
4.5 Le choix du recours aux soins et les comportements thérapeutiques des soignés

L'analyse des pathologies déclarées dans les registres de consultations des 4 structures de santé que nous avons retenues, a été l'occasion de dresser les premières tendances de motifs de consultation. Le fait est que, les patients ont des comportements thérapeutiques qui se distinguent bien des fois du système de soins mis à leur disposition. Les registres ne sont que la traçabilité des affections jugées à priori traitables au niveau des établissements modernes. Il serait obsolète de croire que le stress, la dépression, le mal être, certaines maladies infectieuses ou virales graves (tuberculose, SIDA,...) n'existent plus du simple fait qu'on ne les a pas répertorié dans les registres.

Les choses sont telles que : les soins modernes sont jugés efficaces pour le traitement de certaines pathologies. Ils restent également incontournables pour les vaccinations ou la vente de médicaments autorisés. Les soins traditionnels ont aussi leur spécialité. Certains patients nous ont catégoriquement signifié que vouloir soigner la fièvre jaune, le « ndokhou siti », le « ciat », le « mauvais œil », le « mauvais sort » à l'hôpital serait une perte de temps et d'argent considérable.

Pour les 6 grandes tendances de pathologies que nous avons recensées, les variations selon l'affection et le types de structure ont été déterminant pour distinguer les activités qui relèvent du public ou du privé. Ce fut l'occasion de discerner les besoins de soins exprimés par les patients. Le graphique ci-dessous a constitué un indicateur pertinent de la convergence des flux à la recherche de soins spécifiques.

graphique26: espace sanitaire et effectifs de patients selon les structures et les distances



Sur ce graphique, il apparaît que le recours aux soins n'est prédéfini par la proximité et la disponibilité d'un plateau médical. Nous constatons certaines localités situées à plus de 10 km voient certains de leurs résidents fréquenter des services de soins hors de leur espace médical. Mieux, entre Oumoul Mouminina, Chifa et le poste de santé 26 circonscrits dans un rayon inférieur à 1 km, les flux de patients sont drainés par le PS public. Un fait qu'on gagnerait à clarifier dans des perspectives à venir. Cependant, nous le précisons tantôt, les structures publiques sont celles qui sont majoritairement habilitées à mener les campagnes de vaccination et les activités préventives des affections ciblées dans les programmes de lutte nationaux. Des entretiens avec les patients, il est ressorti que les prestations de soins basées sur l'éthique islamique à Chifa sont venues satisfaire des individus qui veulent vivre profondément leur religion. Pour d'autres, l'accueil chaleureux, la capacité d'écoute et de tolérance des soignants du centre médicosocial sont les motifs de fréquentation. Seulement qu'il s'agisse des religieux ou de tous autres types d'offre, plus de 80% des répondants avouent fréquenter une structure de soins en fonction de la qualité des soins reçus. Par qualité, les patients entendent, la qualité de l'accueil, la qualité des traitements, le niveau d'équipement et la disponibilité des soignants. Ces éléments ont quasiment été répétés en boucle lors des entretiens, mais surtout dans les questionnaires qui ont constitué nos premiers outils de collecte de données. Nos observations directes menées dans les infrastructures de santé ont pu nous édifier sur les propos des répondants.

En plus de ces points majeurs que nous avons soulignés nous avons procédé à l'interprétation d'autres informations de terrain dans les différentes rubriques qui suivent.

4.5.1 L'influence de la Trajectoire des soignants

Chaque soignant à sa trajectoire qui bâtit son expérience. Les soignants interrogés ont pour l'essentiel un itinéraire riche d'expérience. Ces faits ont une grande influence sur l'attractivité dans les structures dans lesquelles ils exercent. La configuration la plus fréquente est : un passage dans les centres de santé publics avant le recasement dans les structures privées. On trouve très souvent des soignants qui sont dans les deux types de services de santé. Pour la clinique Yasin, la propriétaire des lieux a déjà servi dans son ancien cabinet de gynécologie à Cambérène pendant près de 5 ans. En plus de sa fonction de maitresse sage-femme occupé pendant 10 ans à l'hôpital public Serigne Abdou Aziz Dabaakh de l'unité 17, elle a fini par déplacer et transformer son cabinet en clinique en 2007 à 100m de l'hôpital public. Cette trajectoire au sein des différentes structures de santé est bien apparente dans l'analyse des espaces sanitaires. Le constat est quasiment le même s'agissant des autres sages-femmes interrogé.

A Chifa, la sage-femme titulaire depuis 2 ans (retraîtée 67ans) a après sa formation de sage-femme de 3 ans, effectué un stage à l'hôpital Principal avant d'exercer pendant 5 ans à Dantec au service de maternité et au SANAS (Service Alimentaire et Nutritionnel Appliqué du Sénégal). Par ailleurs, elle a exercé durant 11 ans à Dalifort, quelque mois à Yarakh avant d'être affectée à Gaspard Camara pendant 10 ans au département de pédiatrie.

Le médecin chef et gestionnaire de Chifa 33 ans, fut un soignant à Abass Ndao après sa formation à la faculté de médecine pendant 7 ans en médecine générale. Il cite : *« j'ambitionne d'exercer au CTO de Grand Yoff quand j'aurai plus de temps, histoire de faire des économies et avoir quelque chose. Nous autres les médecins nous sommes mal payés, alors que nous abattons une charge de travail lourde. Il y'a de l'injustice dans l'octroi des salaires... »*

Au centre socio médical Oumoul Mouminina, l'aide infirmier (plus de 65 ans) a exercé en 1985 à la polyclinique de la médina où il a travaillé comme aide infirmier et dans le GM (Groupe Mobile) pour les soins à domicile et la recherche des malades. Il exerça au poste de santé de l'unité 8 pendant 3 ans en tant que assistant du chef de poste. Il finit par rejoindre le centre médicosocial du fond islamique en 1995. La sage-femme du centre socio médical Oumoul Mouminina exerce dans la structure pendant 5 mois, cependant elle a effectué des

stages dans divers structures de santé publiques, tel que Philippe Senghor ensuite à l'hôpital Serigne Abdou Aziz Dabaakh où elle est actuellement en tant que stagiaire. Le médecin permanent de la structure est un soignant de la fonction publique, il est secondé par un jeune médecin.

Au poste de santé de l'Unité 26, les soignants que nous avons ciblés ont également eu leur parcours au sein d'autres services de santé. Nous avons interrogé l'ICP qui est en même temps sage-femme d'Etat, l'aide infirmier responsable du PEV et l'aide infirmier chargé des pansements et injections. L'ICP, après sa formation polyvalente à l'école des sages-femmes en 1983 a exercé au centre de santé à Mbacké puis à Touba. Elle sera affectée à l'hôpital Fann au service de pédiatrie Albert Royer, avant de rejoindre ensuite le poste de santé de l'unité 26 en tant que assistante du premier ICP, qu'elle remplace par la suite. L'aide infirmier chargé des pansements et soins infirmiers, 46 ans avec un niveau d'étude secondaire, s'est enrôlé dans l'armée où il fut affecté à l'EMS (Ecole Militaire de Santé). A l'issue de sa formation il exerça à l'Hôpital Militaire de Ouakam. En 1997, il rejoint le poste de santé mais sans recrutement à la fonction publique. L'autre aide infirmière 37ans, sert au poste de santé depuis 7 ans où elle occupe le poste de responsable du PEV. Après sa formation dans son village natal à Thiadiaye où elle servit comme fille de salle au poste de santé, elle est recrutée à la fonction publique. Cet état des faits aboutit très souvent à une fidélisation des patients des autres structures qui préfèrent se faire traiter par des personnes familières.

4.5.2 La fidélisation des patients

Malgré les déménagements induits par les locations, les structures de soins privées arrivent à maintenir une bonne frange de leurs clients. Cette situation est de mise dans la quasi-totalité des structures que nous avons fréquentées. Au centre socio médical Oumoul Mouminia de l'unité 24, des patients de leur ancien site les HLM Grand Médine recourent toujours au service de cette structure. Les lieux de résidence des soignants sont entre autres des facteurs influençant la fréquentation des structures par leur réseau de sociabilité (voisins et membres de la famille et autres). Les affinités entre les soignants et les clients peuvent avoir d'autres causes, la disponibilité et l'accueil chaleureux, ces faits sont des critères attractifs ou répulsifs. La disponibilité évoquée par les soignés sont les dérogations faites par le soignant qui consulte à domicile ou à des heures tardives en cas d'urgence. A cet effet, l'ICP, 58 ans, femme cite : « *il arrive des fois où nous sommes sollicités très tard dans la nuit pour des cas d'urgences, des femmes laxistes accouchent à domicile ou viennent accoucher ici parce qu'elles n'ont plus le temps d'aller dans une autre structure de santé.* ». Ces propos

sont confirmés par les patients interrogés qui citent répondante femme, 25 ans: « *madame x (l'ICP) est très disponible et patiente envers nous, on peut la solliciter à n'importe qu'elle heure et elle nous assiste vraiment.* » La confiance et la sérénité ressenties par les soignés au cours de leur traitement les motivent à revenir et à recommander la structure à leurs proches, c'est le cas à Oumoul mouminina où le dentiste et l'aide infirmier ont pu se faire une clientèle qui vante leur mérite et disponibilité. Le premier patient 19 ans, élève cite: « *le vieux x est vraiment cool, c'est mon ami vraiment, c'est lui qui me fait les pansements depuis que j'ai mon abcès. Il est disponible.* ». Le deuxième, femme 26 ans, étudiante : « *je suis venue chez le dentiste, depuis que je le connais c'est lui qui me traite, je suis très peureuse et j'aime les soignants qui me rassure, il le fait bien. Je le trouve souvent ici, ou je vais le voir à Nabil Choucair où il exerce quand il n'est pas de permanence ici.* »

4.5.3 Les besoins de soins exprimés

Le niveau d'équipement et la compétence des soignants polarisent les flux de patients, et font de ce fait de certains établissements des incontournables de l'espace sanitaire des clients même si l'accueil et le réconfort ne sont pas au rendez-vous. Une des patientes, 24 ans cite : « *je ne vais dans le public que lorsque mes enfants doivent se vacciner ou pour d'autres soins indisponibles dans le privé* ». Rappelons le, certains soins ne sont disponibles que dans les hôpitaux de niveau 2 ou 3 (vaccination, chirurgie spécialisée, et autres spécialités). La disponibilité du service de soins et les horaires de prestations plus élargies que dans le public favorisent la fréquentation du privé, la même interrogée du centre médicosocial Oumoul Mouminina patiente, 26 ans, étudiante fidèle du dentiste nous confie en plus : « *en cas d'urgence, on est obligé de venir dans le privé qui travaillent même les week end. En plus dans le privé les gens sont plus respectés, j'ai amené un jour mon neveu au poste de santé Norade, ils ont voulu coucher l'enfant sur un drap taché de sang. J'ai été obligé d'aller chercher un drap propre chez moi*». L'hygiène est un aspect fondamental dont tiennent les soignés. Elle poursuit : « *j'amène mes neveux à la clinique amitié, car je connais un médecin là-bas qui est une amie, ici, je ne fais que les soins dentaires, car la salle d'hospitalisation est contiguë, les lits sont trop proches, il n'y a qu'un seul accroche perfusion et donc des risques de contamination.* ». D'autres besoins de soins ont été exprimé par les soignés notamment la disponibilité des médicaments prescrits au niveau des établissements de santé, l'amélioration du plateau technique, et la disponibilité des soins spécialisés et les soins de maternité (accouchements). Un patient, homme chômeur, 24 ans cite : « *si j'avais le choix je fréquenterai les cliniques ou les hôpitaux de qualité, car dans les postes de santé les*

médicaments disponibles sont tous de la famille ‘mol’ ». Il explique qu’il n’y a que des calmants du genre paracétamol ou dont le suffixe se termine par ‘mol’ qui ne soignent pas.

4.5.4 Spécialité des soignants

La formation spécialisée en gynécologie a été un point majeur du profil de la clinique, qui a priori dispense des soins de médecine général. Les registres qui ont été mis à notre disposition ont porté sur les accouchements, les CPN. Ces registres sont les plus usités et reflètent la prédominance et la spécificité de l’offre de soins. Les registres de consultation généraux tenus par les médecins généralistes sont indisponibles et datent de 2009 pour l’essentiel. La gestionnaire précise que les médecins ne remplissent pas les registres de ce fait les données sur l’année 2011 n’y sont pas. Ces médecins sont des prestataires de soins temporaires qui viennent sous commande des patients pour d’autres types de soins que la gynécologie. Nous le précisons dans la présentation des structures, ces médecins sont rémunérés sous la base de leurs prestations et encaissent la moitié du ticket de soin (50%).

4.5.5 Reconversion dans les activités lucratives :

D’autres éléments viennent porter des éclaircissements aux résultats des analyses de données. Des différends ont opposé la propriétaire de la clinique au maire des Parcelles Assainies, les conséquences ont été négatives du moment que son statut de maitresse sage-femme a été révoqué et son licenciement s’en est suivi. Des accusations ont pesé sur l’exercice douteux de soins dans des établissements malsains et des erreurs médicales qui ont occasionné des cas de morts nés. Le départ de l’hôpital 17 a limité ses activités désormais consacrées à sa clinique et l’association caritative qu’elle dirige avec d’autres personnalités. Pour d’autres médecins, les revenus bas de la fonction publique ont rapidement été un élément dissuasif pour l’entreprise d’une carrière à terme. Les aspirations sont bien supérieures aux motivations financières comparées à la charge de travail colossal au quotidien. Si ce n’est des départs involontaires ou volontaires des institutions nationales, d’autres facteurs motivent les initiatives lucratives et sous des aspects informels très souvent.

4.5.6 Le privé informel : une alternative de travail après la retraite

Dans nos travaux de recherche, il est apparu un fait intéressant qui a suscité notre intérêt. Parmi les soignants des différentes structures de soins privées de la Commune

d'Arrondissement Parcelles Assainies, certains ont atteint l'âge de la retraite qui est de 60 ans au Sénégal. Leur âge pourtant avancé, n'a pas constitué un blocage dans l'exercice de leur fonction, lucrative pour ce qu'il nous a été donné de constater sur le terrain. Des raisons de cette persistance à travailler sont explicitées par (Badji, 2009) : Les motivations de retour au travail sont principalement « *le besoin de survie économique et le besoin de survie sociale.* ». La survie économique est primordiale pour assumer les besoins familiaux surtout pour gonfler les faibles revenus. La survie sociale pour ne pas être catégoriser parmi les inactifs de la société, très souvent vus comme inutiles. D'autres raisons sont évoquées par les soignants qui continuent à travailler malgré leur âge avancé. A priori « la débâcle des pensions »³⁴, constitue un motif souvent évoqué ainsi que la volonté de rester un membre actif. La plupart des cas rencontré exerce dans le cadre de leur domicile.

Ainsi, pour les besoins du recensement de la géographie de l'offre de santé privée dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, nous avons rencontré des médecins qui ont fini par nous convier à une rencontre intéressante, regroupant divers soignants du public et du privé. Ce cadre, nous a permis d'exposer nos champs d'intérêts et de proposer des collaborations dans le cadre de notre recherche. C'est fort de cela que nous avons fait la découverte d'un cabinet de dermatologie à l'unité 14, le propriétaire a déjà servi dans la fonction publique avant de s'investir après sa retraite au lucratif. Il, 69 ans, retraité et dermatologue exerçant chez lui cite : « *que je n'ai pas besoin de publicité, les patients que j'ai traité le font bien et puis les impôts ne risquent pas de me fatiguer* au cours de notre entretien il avouera ne pas tenir de registre de consultation et cela depuis 2009. « *J'en ai pas besoin, Les adresses se transmettent de bouche à oreille.* ».

L'autre structure est une clinique sans enseigne également, fondant dans le paysage des habitats des HLM Grand Médine. Cette structure est tenue par une sage-femme d'état à la retraite, une ancienne connaissance de la famille. Sa trajectoire professionnelle influence beaucoup ses fréquentations. Nous en connaissons d'autres qui sont hors de la commune d'arrondissement et que l'on a pu repérer que par les affinités d'un voisinage ou de parenté. La supervision des établissements de santé n'est pas automatique. Pour les cliniques Yasin et le centre médicosocial shifa, il a fallu un certain temps (4ans) avant leur reconnaissance. Pour la clinique Yasin, l'inexistence de rapports d'activité destinés au centre de référence Nabil Choucair après pourtant plus de 4 ans d'exercice de soins corrobore nos propos. L'infirmier

³⁴ Ghilarducci T, nous expliquent les causes de la croissance du taux des retraités aux USA, ils citent l'attrait du salaire, les opportunités d'emploi et la modicité des pensions. Les pensions diminuent de plus « travailler plus longtemps à cause de la débâcle des pensions »

chef de l'établissement, plus de 65 ans de santé Oumoul mouminina s'adonne à des soins de pansement à domicile rémunérés. Car nous dit-il « *j'ai mon matériel je soigne chez moi ou je me déplace parfois, »*

4.5.7 La nature de la structure : une réponse aux besoins de soins de patients singuliers

Ce critère est déterminant dans la polarisation des structures, les patients ont des perceptions souvent très personnalisées découlant de leurs vécus avec les soignants. Pour le centre médicosocial Chifa, au cours de nos visites et observations directes nous avons constaté que cet établissement était l'exutoire des hibadus. Loin de dire qu'elle n'est fréquentée que par cette confrérie, nous soulignons juste que nous n'avons nulle part dans les autres structures, vu autant de patients hibadus. Pour les structures de soins spécialisées, la spécialité est une cause sélective du type et du sexe des patients. L'étude de la géographie des soins nécessite en plus de l'analyse de la répartition des services de soins et de leur organisation spatiale, une exploitation des données qui nous renseignent sur les affections enregistrées et la saisonnalité des pathologies.

Quelques difficultés rencontrées par les services de santé publics : l'exemple du PS 26

Mis à part les difficultés relatives aux ressources financières, il est fréquent que des ruptures en médicaments gangrènent le déroulement des activités, plus particulièrement les vaccinations. Le centre de référence Nabil Choucair est indexé dans les retards d'approvisionnement. Ces ruptures peuvent durer des semaines voir un mois ou plus. Ces faits viennent accentuer les facteurs répulsifs.

L'attractivité des postes de santé sont jusque-là les prix forfaitaires arrangeant les populations les plus démunies. Cependant de nos entretiens, il est ressorti le besoin et la volonté des soignants d'améliorer le plateau technique. Cette amélioration passe par l'initiation du personnel de santé aux NTIC pour la saisie des documents administratifs et la numérisation des données des registres. La rédaction des rapports d'activités est éprouvante pour les soignants en plus de leur charge de travail.

Equipements et partenariat :

Les équipements matériels et instruments médicaux datent des années 1990. Depuis cette première dotation, les initiatives de restauration ou d'achat sont essentiellement aux charges du poste de santé. Les tarifs de consultations n'ont également pas beaucoup évolué

depuis les programmes de santé communautaires et l'IB (initiative Bamako)³⁵. Cette inexistence de subvention conséquente a dans une large mesure contribué à l'élaboration de stratégies de survie.

Certaines spécificités ont cependant suscité notre intérêt au moment de l'exploitation des registres de consultation. Le remplissage des registres du poste de santé s'est fait de manière particulière contrairement aux autres. Pour une même consultation et à la même date, l'ICP dissocie les affections dont souffre le patient. C'est ainsi que pour autant de plaintes et signes du patient, il y a autant de diagnostics différents. Sur une même page de registre certains patients sont répertoriés au minimum deux fois.

Nous avons au cours de l'entretien demandé les motifs de ce remplissage des registres de consultation à l'ICP qui argumente : « *lorsque les pathologies sont différentes il faut les dissocier et traiter chaque affection, c'est pourquoi je remplis comme ça les registres* ». A la question de savoir si cela ne gonflait pas le nombre de patients au moment du recensement trimestriel ou annuel, elle répond que : « *non c'est comme ça que doivent être tenus les registres, c'est comme cela que l'on nous a formé, ceux qui font autrement ne doivent pas le faire.* » cependant, pour autant que les diagnostics soient différents, le ticket de consultation est unique. Seulement pour chaque affection, un traitement est prescrit sur ordonnance. Certains médicaments sont disponibles sur place au niveau de la pharmacie IB. Pour notre démarche méthodologique, nous avons opté de ne comptabiliser qu'une seule fois le patient pour chaque date de consultation. Nous avons voulu recourir également à l'exploitation des rapports d'activité de l'année 2011, cependant, ils n'étaient pas disponibles. Ces documents nous auraient permis d'évaluer le nombre annuel de personnes ayant recouru aux soins de santé du poste de santé. Nous n'avons pu exploiter l'ensemble des registres à cause du temps qui nous était imparti.

³⁵ IB : Initiative Bamako Initiative Bamako : est une politique de santé publique lancée en 1987 à Bamako lors d'une conférence sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF. Elle est essentiellement une politique de relance des stratégies de soins de santé primaires déjà définies par Alma-Ata en 1978. Elle est accompagnée d'un ensemble de réformes politiques pour limiter « la dégradation rapide des systèmes de santé dans les pays africains. ». L'IB instaure le recouvrement des coûts et la participation communautaire. Références : article intitulé « D'Alma-Ata à Bamako, 8 pages <http://www.bioltrop.cooperation.org/00-entete/ib.htm>

Conclusion générale :

La Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies abrite une offre de soins assez hétérogène. Le dispositif sanitaire public sous l'obédience de l'Etat, se voit concurrencé par le secteur de santé privé. Pour ces structures privées, l'équivoque a dû être levée sur la nature des établissements partagée entre privé lucratif et privé non lucratif. Une tâche qui s'est révélée ardue, car rien que le secteur de santé lucratif présente une grande diversité de type d'établissements de soins modernes et traditionnels. Le privé est cadre d'expression de la spécialisation des prestataires de soins, mais également le cadre de prédilection des acteurs de l'informel. Pour preuve, le dénombrement des tradipraticiens et de leurs structures n'a pas été fructueux. De plus les soins traditionnels s'inscrivent dans un vaste champ incluant le traitement des pathologies courantes mais également abstraites. Cette problématique a nécessité une opérationnalisation des concepts clefs de notre thématique. Ce fut aussi l'occasion de bâtir un ensemble d'indicateurs autour de quelques pratiques récentes, les soins confessionnels musulmans en l'occurrence.

En effet, la particularité de notre zone d'étude est quelle est le théâtre de l'expression d'une nouvelle offre de soins, encore rare et méconnue d'une bonne frange des populations. Les soins de santé basés sur l'éthique islamique enrichissent le service médical. Les acteurs privés de la santé ne finissent d'adapter l'offre à la demande exprimée par les communautés. Les investigations menées au sujet du confessionnel musulman nous ont éclairé sur la volonté des religieux de combler un vide laissé par le système lucratif et public. De nos entretiens avec les cibles (soignants et soignés), il en est ressorti des argumentaires quant aux motifs de création mais aussi de fréquentation. Chifa ou Oumoul Mouminia viennent rompre la chaîne de pratiques médicales issue d'un héritage colonial. Les soins confessionnels catholiques de la période précoloniale, les hôpitaux de référence du Sénégal légués sont tous à priori importés et imposés aux communautés. Le Sénégal à plus de 90% musulman, ne voit apparaître de structures de santé confessionnelles de la même obédience que dans les 2 dernières décennies.

Cet état des faits a suscité notre intérêt sur la géographie de l'offre et de l'activité des structures de santé privées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies, et particulièrement sur les soins confessionnels. Les interrogations n'ont pas manqué sur la problématique du partage d'un espace médical dans un champ réduit et déjà dense par plus d'une vingtaine de services de santé privés et près d'une dizaine de services de santé du

public. Nous nous sommes posé les questions de savoir pourquoi autant d'établissements de soins de santé se concurrencent la desserte médicale de la Commune d'arrondissement des Parcelles Assainies ? Comment ces services de soins structurent l'espace ? Le type d'offre et les volumes d'activités de ce secteur privé a été un objet fondamental de nos analyses pour comprendre les logiques thérapeutiques.

Ces questions ont contribué en grande partie à la structuration de notre démarche méthodologique à la fois quantitative et qualitative. L'une comme l'autre nous ont fourni des données complémentaires sur le choix de localisation des services de santé privés, leur espace sanitaire réel, sur les morbidités déclarées et en définitif sur le profil sanitaire des populations de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. Ce fut l'occasion de bien cerner le privé confessionnel, en l'occurrence le confessionnel musulman qui est le dernier né du secteur de santé privé. Une descente sur le terrain nous a permis de dénombrer les structures de santé privées, de ces structures nous avons choisis des échantillons représentatifs autant de la diversité l'offre que de la nature des structures. Pour chacune des structures nous avons évalué les volumes d'activités, au travers d'indicateurs d'efficacité et quantitatifs. C'est ainsi que les aires de recrutement et les morbidités diagnostiquées ont pu être évalué en plus des caractéristiques démographiques des patients. Nous avons présenté les services de santé avec leur personnel de santé. S'est imposé ensuite, une analyse des différents déterminants des natures de structures, de l'organisation des tâches du personnel. De l'interprétation des données il en est ressorti des généralités sur l'offre de soins privée, des informations sur la trajectoire professionnelle des soignants, sur la fidélisation des patients, des besoins exprimés par les patients et très souvent la reconversion des professionnels. Autant d'informations qui pour une bonne part, ne s'énonçaient que sous la forme d'hypothèses et de questionnements. Les recherches sur le terrain se sont déroulées cependant avec un contingent de difficultés qui a plus d'une fois nécessité la réorganisation de nos méthodologies de départ. Nos questionnaires ont été troqués contre des guides d'entretien, plus enclins à collecter les arguments détaillés des individus.

Le choix des cibles porté uniquement sur les patients et le personnel au niveau des structures de santé ont quelque peu amoindri la portée de nos résultats. Ces faits ont été indépendants de notre volonté. Nous n'avons pas pu élargir notre échantillon au reste des résidents et à plus de services de santé. Cependant, nous sommes persuadés que ceci, sera l'une des premières perspectives de travaux de recherche ultérieurs. Les pistes de recherche foisonnent à l'issue de nos analyses sur la géographie de l'offre et de l'activité des structures de santé privées dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies. La prolifération des établissements

privés relèvent, bien au-delà des facteurs évoqués, d'autres mécanismes qu'ils seraient intéressant d'approfondir. Le niveau de partenariat public/privé, le contrôle et la supervision des activités de santé restent encore des domaines flous.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires de maitrise et de DEA:

Ba C.T, 1999. Accessibilité des soins de santé primaires dans le district sanitaire de Dakar Nord : analyse géographique, mémoire de maitrise, faculté des lettres et sciences humaines FLSH, département de géographie, UCAD, Dakar.

Badji M.A, 2010. « Le travail après l'âge de la retraite à Dakar : analyse situationnelle des comportements et motivations des acteurs », mémoire de maîtrise, département de Sociologie, FLSH, UCAD, Dakar, 120p.

Diallo M.S, 2006. « Programmes de lutte contre les IST/VIH/Sida dans le district nord de Dakar ». Mémoire ISED, 42p.

Diouf A, 2010. « L'immobilier aux Parcelles Assainies ». Mémoire de maitrise, FLSH, département de géographie, UCAD, Dakar, 90p.

Faye A, 2003. « Étude sur la prise en charge médicale et sociale des cas sociaux au centre de santé des Parcelles Assainies Sénégal. ». CES de santé publique, Institut de Santé et Développement (ISED) faculté de médecine, UCAD, Dakar, 31p.

Faye S L, n° 01-2008. « l'anthropologie et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyse des mises en actes du personnel soignant et usages des savoirs produits ». Revue de sociologie, d'anthropologie et de psychologie.

Kane A.S, 2001-2002. Mobilité et accessibilité aux soins de santé primaire à Dakar : analyse comparative des villages traditionnels et quartiers spontanés dans le district sanitaire Dakar Nord. Mémoire de maitrise, FLSH, département de géographie, UCAD, Dakar.

Kanté M., 2011. « Politiques sanitaires dans la mise en valeur de la colonie du sénégal (1939-1960) », mémoire de maîtrise, département Histoire, FLSH, UCAD, 169P.

Pouye N., 2005. « La problématique de la mobilité urbaine dans les quartiers périphériques de Dakar : l'exemple des Parcelles Assainies. », mémoire de DEA, FLSH, département de géographie, UCAD, Dakar, 67p.

Sagna R., 2006-2007. « le rôle de la congrégation des sœurs de la présentation de Marie dans le développement socio-économique du département de Bignona ». Mémoire de maîtrise, département de géographie, UCAD, Dakar, 96p.

Samb M., 2005. « L'accessibilité aux soins : le cas du Sénégal ». sous di, de l'animation régionale de Dakar, Agence Universitaire de la Francophonie à Dakar.

Documents généraux :

BANKOWSKIZ., 1996. « Ethique Valeurs Humaines et politique de santé » in Forum Mondial de la santé volume 17, Pages 151-155.

BUREAUREGIONALPOURL'AFRIQUE-BRAZAVILLE, Septembre 1994. « Introduction aux processus et développement sanitaire » : 142 Pages, Septembre 1994.

Documents de travail, rapport d'activités et annuaires statistique sanitaires, démographiques : 2009 et 2010.

Ouvrages spécifiques :

CADOT E. et HARANG M., 2006. « Offre de soins et expansion urbaine conséquences sur l'accès l'exemple de Ouagadougou (Burkina Faso) », Espace, Populations et Sociétés, 12p.

DRAME F.M., « les disparités de santé en ville », in espace, populations, société, pp 361-371.

GHILARDUCCI T., « travailler plus longtemps à cause de la débâcle des pensions », in *retraite et société*, n°42, publié par la Cnav et consulté le 10 janvier 2013 à 12h 43mn sur le site.

GRUENAISM. E. « Communautés et Etat dans les systèmes de santé en Afrique » pp 67-83 in *Système et politique de santé* édition Karthala, médecine du monde.

JAFFREYANNICKetJ.POLIVIERDESARDAN, 2003, sous dir, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Est* Paris Karthala.

KAHSSAYH.M « l'avenir de la santé se joue dans les centres de santé » in Forum mondial de la santé volume 19, Edition 1998 pp 341-348.

NIANG A., 1997. Évolution de la desserte médicale et du recours aux soins de santé primaire dans le Delta et la Moyenne vallée du fleuve Sénégal (1983, 1988, 1993.) : Analyse géographique, thèse de doctorat, 217 p.

SALEM G., 1998. La santé dans la ville, géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal) Karthala, Paris pp 54-81 Espace Société Territoire et Santé.

SALEM G., 1995. Urbanisation et santé en Afrique de l'Ouest, Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal).

SALEM G., RICAN S, VAILLANT Z, 2010. « peuplement, population et santé : une inégale répartition » chapitre 3, 18p.

SALEM G. et JEANNEE E., « situation particulière des zones urbaines », chapitre 5, 18p.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Table des matières

Sommaire	V
Liste des tableaux	VI
Liste des photos	VI
Liste des cartes	VI
Liste des Graphiques	VII
Introduction	1
Première Partie : Cadre théorique et démarches méthodologiques	3
Chapitre I : Cadre théorique	4
1.1 Problématique :	4
1.2 Analyse conceptuelle :	9
1.3 Objectifs de la recherche	14
Objectif principal.....	14
Objectifs secondaires.....	15
1.4 Hypothèses de la recherche	15
Hypothèse principale :	15
Hypothèses secondaires.....	15
Relevé des coordonnées GPS des structures de soins sur le terrain.	16
2.1 Revue critique de la littérature :	18
La revue des données sur le cadre d'étude :	27
2.2 Délimitation du champ et Choix des structures :	29
2.2.1 Critères de sélection des structures de santé privées dans le dispositif sanitaire de la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies :	29
2.2.2 Choix des indicateurs et description de l'exploitation des données :	30
2.3 Choix des outils de collecte de données et des cibles.....	33
2.3.1 Les outils et méthodes de collectes	33
2.3.2 Choix des cibles et Conditions d'éligibilité.....	33
2.3.3 Echantillonnage	34
2.4 L'enquête proprement dite	34
2.5 Difficultés rencontrées :	35
Deuxième partie : organisation de l'offre de soins dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.....	41
Chapitre III : L'offre de soins dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies (offre et accessibilité).	42
3.1 L'offre de soins publique	44

3.1.1 Une couverture sanitaire publique statique, dépassée par les réalités d'une forte dynamique démographique	44
3.3 La géographie de l'offre de soins privée dans la Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies.....	47
3.3.1 Description de la distribution des infrastructures de soins privées.....	49
3.3.1.1 des sites stratégiques à forte concentration de structures de soins privés.....	49
Une rue à forte concentration de structures de santé et paramédicales :	49
3.3.1.2 La Commune d'Arrondissement des Parcelles Assainies : le cadre d'une géographie des soins traditionnels encore floue	51
3.3.1.3 Les soins dentaires une spécialité en plein essor	51
3.3.1.4 Les structures de santé privées : des services de santé « nomades »	52
3.3.2 Présentation des différentes structures de santé privées :.....	52
Comme nous le voyons sur cette carte, les structures de santé privées sont dans la majorité apparues récemment. Pour preuve, les dates d'implantation sont comprises entre 2004 et 2012. De cette catégorie de services de soins privés, les professionnels sont encore plus jeunes. Un fait qui vient corroborer leur insertion nouvelle dans le champ de la santé.	55
Motifs de création des structures	55
Motif de création et déterminant du statut de la structure:	55
3.3.2.1. Le professionnel : un statut qui se vit jusque dans la pratique des soins	56
3.3.2.2 Les services offerts et le personnel de santé.....	59
3.3.2.3 L'organisation des tâches dans les structures	64
Les actions caritatives : des activités professionnelles pour l'essentiel	66
3.4 L'analyse de l'accessibilité aux soins.....	68
3.4.1 L'accessibilité financière des soins : une alternative incontournable.....	69
3.4.1.1 L'accessibilité physique : un avantage contourné souvent à dessein par les patients ...	70
L'accessibilité physique : révélatrice des réseaux de transport denses mais lacunaires.....	71
L'accessibilité physique: évaluable par l'analyse des registres.....	71
Chapitre IV : analyse du recours aux soins et des volumes d'activités des structures de soins	72
4.1 Analyse des espaces sanitaires	72
4.2 Les effectifs de patients selon les structures.....	77
4.2.1 Les effectifs de patients selon les structures de santé.....	77
4.2.2 Analyse des recrutements (effectifs de patients) selon les classes d'âge :	77
4.2.3 Les taux de consultants selon le sexe	79
4.3 Quelques spécificités dans l'activité et l'offre de soins à Yasin et Oumoul Mouminina.....	80
4.4 Quelques faits significatifs majeurs.....	82
4.4.1 La saisonnalité : une variable déterminante pour l'analyse des affections.....	82

4.4.2 Les diagnostics déclarés ou la morbidité diagnostiquée: des entités nosologiques changeantes selon les soignants.....	82
4.5.1 L'influence de la Trajectoire des soignants.....	95
4.5.3 Les besoins de soins exprimés.....	97
4.5.4 Spécialité des soignants.....	98
4.5.5 Reconversion dans les activités lucratives :	98
4.5.6 Le privé informel : une alternative de travail après la retraite.....	98
4.5.7 La nature de la structure : une réponse aux besoins de soins de patients singuliers.....	100
Equipements et partenariat :	100
Conclusion générale :	102
Table des matières	108
ANNEXES.....	111

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

OUTILS D'ENQUETES :

GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien aux responsables des structures de santé et aux personnels de santé :

Identification du responsable :

Sexe :

Age :

Situation Professionnelle :

Autre fonction du soignant :

Adresse :

Formation :

1-Présentation de la structure :

-Nature de la structure : (confessionnelle ou lucrative)

-motifs de création de la structure confessionnelle ou lucrative :

-Type de prestation de service

2-déterminants du statut de la structure :

Historique de la structure :

Motif de déménagement :

-différence d'avec les autres structures de soins :(points forts du service, les faiblesses, les particularités)

Modalité de recrutement du personnel :

-disponibilité des médicaments : rupture ou pas, disponibilité du personnel

-appréciation du plateau médical : équipements disponibles

-répartition des tâches : (organisation du travail, spécificités des consultations selon le genre, charge de travail du personnel, nombre de patients par jour)

-prise en charge des accouchements :

Capacité d'accueil de la structure (hospitalisation) :

-aménagement des salles de soins de la structure selon les normes édictées par la religion

-modalité de recrutement du personnel de santé : (selon la religion, niveau, sexe)

-perception sur l'espace des naissances

3-appréciation de la place du secteur privé confessionnel ou lucratif dans le dispositif de santé :

-existence de collaboration avec une ou plusieurs structure(s) de santé :

-partenariat pour la dotation en équipement ou au financement de votre structure sanitaire

-niveau d'adhésion aux programmes et politique du ministère de la santé :

-supervision des activités de soins de la structure de soin :

-modalité de recrutement des agents de santé : (selon le diplôme ou l'origine des établissements de formation)

4-Motifs d'implantation dans la localité et types d'activités sanitaires menés

Autorisation d'exercer :

Possession du site :

Si non précisions des modalités d'occupation des lieux :

Choix du site d'implantation de la structure de santé : (opportunité du site, inconvénients, éventuelle volonté de déménagement)

Population cible :

-accessibilité géographique de la structure sanitaire :

-existence d'autres structures de santé affiliées à la présente infrastructure :

5-Personnel de santé de la structure

- Médecins
- sage femmes
- infirmiers
- techniciens
- personnels d'entretien
- autres (prêcheur, prières)

6-Types de services offerts :

-après énumération des services poser les questions suivantes :

- consultations : prise en charge des patients, priorité de consultation
- horaires de travail et durée de prestation des soignants par jour :
- consultation à domicile, nombre de patients par jour par agent de santé :
- exercice de soins dans le secteur privé exclusivement, dans le secteur privé ou dans les deux à la fois
- facteurs répulsifs du secteur public : (facteurs attractifs de votre structure)

7-Appréciation de l'accessibilité financière aux soins

- Tarifs de consultation : (critère de choix des prix de consultation, variations des prix, décideurs,)
- modalité de rémunération du personnel de santé : (selon les recettes de l'infrastructure ou selon un financement extérieur)
- Types de clientèle : (sexe, âge,)
- prise en charge des cas sociaux

Questionnaire destiné aux patients :

Profil sociodémographique du répondant :

Age :

15-25 ans

25-35 ans

35-45 ;

50ans et plus

Sexe :

Féminin

Masculin

Adresse :

Situation matrimoniale :

Célibataire

marié (e)

Niveau d'instruction :

Quel niveau d'étude avez-vous ?

Elémentaire

secondaire

supérieure

alphabétisation

Arabe

coranique

autre

Statut socio-économique :

Quelle est votre situation professionnelle?

Chômeur

salarié

étudiant

élève

retraité

Pouvez-vous estimer votre revenu mensuel ?

5000-15000

20000-35000

40000-55000

100000-200000

200000 et plus

Bénéficiez-vous d'une prise en charge médicale dans une?

IPM

Mutuelle

Association

Autres

Pourquoi avez-vous choisi cette structure?

Appréciation de la qualité des soins et du choix de fréquentation de différentes structures sanitaires par les patients :

Comment jugez-vous l'accessibilité physique de la structure fréquentée ?

Proche éloignée très éloignée

Quelle est la qualité de l'accueil ?

Bonne moyenne mauvaise

Qu'est ce qui oriente votre choix de fréquentation d'une structure sanitaire?

L'aspect religieux est-il déterminant pour votre recours aux soins ?

Depuis quand fréquentez-vous cette structure ?

Comment vous l'avez connu ?

Y venez-vous seule ou avec d'autres membres de la famille ?

Êtes-vous venu vous soigner ou êtes-vous accompagnant ?

Si accompagnant, qui a décidé de venir dans cette structure ? Pourquoi ?

Est-ce la structure la plus proche de votre domicile ? ou lieu de travail ?

Fréquentez-vous d'autres structures ? Lesquelles ? Pourquoi ?

Appréciation de l'accessibilité financière :

Quels sont les tarifs de consultations de cette structure ?

Comment appréciez-vous les coûts de soins ?

Abordable Moyen cher

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

GUIDE ENTRETIEN

Patients :

1-Profil sociodémographique du répondant :

Age :

Niveau d'instruction :

Situation matrimoniale :

Nombre d'enfants :

Activité principale :

Adresse :

Différentes sources de revenus :

Difficultés économiques rencontrées :

Mode de prise en charge médicale :

Contraintes rencontrées dans la prise en charge médicale :

Antécédents médicaux :

2-Appréciation de la géographie de l'offre de soins dans la CAPA :

Niveau de dotation en services de santé de la localité: appréciation du dispositif des services de santé

Diversités de l'offre de soins dans la localité : les types de soins identifiés et disponibles, structures identifiées

Appréciation de l'accessibilité physique : (fidèle patient ou nouveau patient, nombre de consultations antécédentes)

Moyens de transport usités pour l'accès aux soins :

Coût du transport :

Difficultés rencontrées pour l'accès à la structure :

Appréciation de l'accessibilité financière :

3-Motifs de fréquentation de la structure de soins :

Recours à d'autres types de soins à part les soins modernes ou à part les soins de la structure fréquentée :

Perception et représentation d'une bonne offre de soins :

Déterminant de l'itinéraire thérapeutique, du recours aux soins ou encore Facteurs ayant orientés le choix de fréquentation de la structure : (accessibilité physique ou financière, accueil des soignants, niveau d'équipement du plateau médical, la compétence des soignants, hygiène ou autres, qui prend la décision, est-ce en fonction de la maladie)

Comparaison et classification de l'offre de soins (privé, confessionnel, public)

Faiblesses perçues dans l'offre de soins de la structure

Suggestion pour l'amélioration du service de santé

Points forts perçus dans l'offre de soins de la structure : temps mis avant la prise en charge du patient

Spécialité (s) de la structure de soins

Services de soins non offert par la structure

Recommandation pour le maintien des acquis

Degré d'influence de l'aspect religieux ou privé dans le recours aux soins

Fréquentation d'autres structures de soins avant cette structure (motifs de fréquentation de ces établissements de soins)

Fréquentation d'autres structures de soins en même temps que cette structure (motifs de fréquentation)

Orientation ou choix d'infrastructure pour les soins de maternités et les accouchements

Demander aux patients de cartographier les structures (en fonction de leur milieu de résidence, ensuite en fonction de l'accessibilité financière, puis physique)