

**UNIVERSITE GASTON-BERGER DE SAINT-LOUIS
U.F.R. LETTRES & SCIENCES HUMAINES
SECTION DE SOCIOLOGIE**



**PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE
A L'EFFORT DE SANTE AU CENTRE HOSPITALIER
ET UNIVERSITAIRE DE FANN (DAKAR)**

**MEMOIRE DE MAÎTRISE
ès-LETTRES & SCIENCES HUMAINES**

(Sociologie)

présenté et soutenu par

AWA THIAM NGOM

**Sous la direction du
Professeur GORA MBODJ
Maître de Conférences**

ANNEE 1998

BU/UGB

THL

2196

DEDICACES

A MES PROFESSEURS

Je dédie ce travail particulièrement :

A Mon Directeur de Mémoire, Monsieur Gora K. MBODJ

**Vous qui avez suivi pas à pas cette recherche
Pour votre disponibilité et vos grandes qualités humaines
Je vous suis très reconnaissante
Trouvez dans ce travail l'expression de mes sentiments les plus
distingués et de ma profonde gratitude.**

**A Monsieur Boubakar LY, Professeur à l'Université de Dakar
Tout au long de cette étude
Vous m'avez orientée par votre rigueur
et votre esprit critique
Soyez assuré de ma gratitude et de ma reconnaissance.**

**A Monsieur Ibou SANE, Professeur à l'Université de Saint-Louis
Vous avez consacré votre temps à me guider
Merci de votre disponibilité et de votre gentillesse.**

**A Mes Professeurs Messieurs Issiaka P. LALEYE, Abdoulaye
NIANG, Mamadou B. TRAORE, Alfred I. NDIAYE
Puisse ce travail refléter le savoir que vous avez bien voulu par votre
Gout du travail nous inculquer
Puisse-t-il être en accord avec ce que vous vous êtes évertués à
nous apprendre tout au long de notre formation universitaire.
Merci pour tout.**

A MA FAMILLE

**A Allah le Tout-Puissant, le Clément et le Miséricordieux
Par votre Lumière, Vous avez guidé mes pas,
vous m'avez soutenue.
Merci encore.**

**Au Prophète Mouhamed PAIX ET SALUT SUR LUI
Par vos préceptes vous avez orienté mes choix.**

**A Feu mon père Thierno Seydou Nourou THIAM
Tu m'as inculqué des valeurs morales qui sont les supports de
toutes mes actions
Je ne saurais assez remercier Allah pour m'avoir donné un Père qui
a offert le meilleur de lui-même pour protéger et chérir sa famille.
Qu'Allah t'accueille en son Saint Paradis (Amine).**

**A Ma Mère Chérie, Maryam HAMOUD
Il n' y a pas de meilleure maman au monde
Tu as su entourer ta famille de ton amour, de ton affection et de tes
conseils judicieux
Je suis heureuse et fière d'être ta fille. Je te dois tout.
Puisses-tu découvrir en ce travail la meilleure conséquence des
sacrifices consentis et le témoignage de ma tendre affection
Ce travail est le tien.**

**A Mon époux Mouhamed NGOM
Enfin nous y sommes arrivés
Ce travail est le tien
Ton amour, ton soutien moral, ta gentillesse, ton affection et tes
sacrifices ont été ma volonté, ma force dans la réalisation de ce
travail.
Les mots sont trop faibles pour exprimer mes sentiments.
Sois assuré de mon amour et de ma présence continuelle à tes côtés
Inch Allah**

A Ma Grand-Mère Awa TRAORE

Toi qui es le pilier de la famille

Tu nous a inculqué le sens de la solidarité et de l'amour

Puisse Allah te donner une bonne santé et une longue vie.

A Mes Soeurs

Aïssatou, Khadidiatou, Dieynaba, Amina et Sarya

A Mes Frères

Alpha, Assad et Khouraïchi

Trouvez tous dans ce travail le témoignage de toute mon affection sincère et de mon amour.

Merci de m'avoir soutenue et encouragée.

Restons toujours unis.

A Mes Tantes

Maye, Salma, Souad, Alya, Zeina et Salma DIOP

A Mes Oncles

Ali, Mamadou DIOP, Moustapha, Aziz et Jules

Vous nous avez toujours entouré de votre affection et de votre gentillesse

Vous avez toujours été présents à nos côtés

Trouvez ici, l'expression de ma tendre affection .

A Ma belle-mère Adja Seynabou SECK

A Mon beau-père Babacar NGOM (In Mémoriam)

A Mes beaux-frères

A Mes belles-soeurs

Je vous prie de trouver ici l'expression de mon affection sincère.

A Aline CORREA, dédicace spéciale
Tu as été l'instigatrice de cette étude
Ton abnégation, ta gentillesse, ton affection pour moi, tes
encouragements m'ont aidée à continuer ce travail
Trouve ici l'expression de mon affection et de ma gratitude

A Mes meilleures amies
Fatimatou Bintou GUEYE
Khadidiatou Cissé SECK
Nous avons partagé de bons moments

A Makhtar et Adja Marième DIENG
Pour votre gentillesse et vos encouragements
Soyez assurés de mon amitié.

A tous mes camarades d'université
Puisse Allah nous ouvrir les portes de la vie active avec beaucoup
de chance.

REMERCIEMENTS

SINCERES ET PROFONDS REMERCIEMENTS

A Monsieur Ousmane NGOM, Ministre de la Santé et de l'Action Sociale

Pour m'avoir ouvert les portes de tous les services de santé

Je vous en suis reconnaissante

A Monsieur Khalifa Ababacar SENE, Directeur de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement

Ceci est votre oeuvre

Pour m'avoir orientée et guidée

Pour votre gentillesse et votre disponibilité

Je vous suis infiniment reconnaissante.

A Monsieur Falilou DIOP, Directeur de l'hôpital du CHU de Fann

Pour m'avoir facilité les recherches

Pour votre bonté et votre grand coeur

Puisse ceci rendre hommage à l'aide précieuse que vous m'avez apporté.

Au Docteur Tankari, Représentant Régional de l'OMS/Afrique

Pour m'avoir fourni de précieux documents

Pour votre disponibilité

Veillez accepter l'expression de ma reconnaissance.

Au Président du comité de santé de Fann

Au Comptable

Merci pour votre disponibilité.

Aux Médecins-chefs des cliniques du CHU de Fann

Pour la collaboration précieuse que vous m'avez apporté

Veillez accepter mes sentiments les plus distingués.

**Au Personnel du CHU de Fann
Merci pour votre aide.**

**A tous les malades qui se sont prêtés volontiers à cette étude
Trouvez ici l'expression de ma reconnaissance.**

**A Madame DIOUF Coumba Ngoura SOW, secrétaire à la Pharmacie
Nationale d'Approvisionnement
Pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre abnégation
Je ne saurais assez vous exprimer ma reconnaissance et ma
gratitude.
Puisse Allah vous protéger.
Merci encore.**

**A Monsieur NDAO, Directeur Administratif et Financier de la PNA
Pour votre gentillesse et votre disponibilité
Pour l'aide précieuse que vous m'avez apporté
Acceptez ceci comme l'expression de mes sentiments les plus
distingués.**

**A Madame GUEYE Marie SARR,
A Madame DIOUF Fatou Yade de la PNA
Merci pour tout.**

**A Tous ceux qui de près ou de loin m'ont apporté le soutien dans
l'élaboration et la réalisation de ce mémoire
Merci infiniment.**

SOMMAIRE

DEDICACES	III
REMERCIEMENTS	VIII
SOMMAIRE	XI
LISTE DES TABLEAUX	XIII
LISTE DES ABREVIATIONS	XIV
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CADRE DE L'ANALYSE ET PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE	8
CHAPITRE I : CADRE DE L'ANALYSE	9
1.1. <i>Choix du sujet</i>	9
1.2. <i>Etat de la question</i>	10
1.3. <i>Problématique</i>	15
1.3.1 OBJECTIFS	17
1.3.2 HYPOTHESES	17
CHAPITRE II : CONSTRUCTION DU MODELE D'ANALYSE	19
2.1 <i>L'approche conceptuelle</i>	19
2.1.1 LA PARTICIPATION	19
2.1.2 LA COMMUNAUTE	20
2.1.3 LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	22
2.1.4 LA SANTE	22
2.2. <i>Le modèle d'analyse proprement dit</i>	24
CHAPITRE III : APPROCHE METHODOLOGIQUE	27
3.1. <i>Démarches</i>	27
3.2. <i>Inventaires des techniques utilisées</i>	28
3.2.1 LES ENTRETIENS	28
3.2.2. LES QUESTIONNAIRES	29
3.3. <i>Echantillonnage global</i>	31
3.4. <i>Difficultés rencontrées</i>	32
CHAPITRE IV : PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE	33
4.1. <i>Historique</i>	33
4.2. <i>Contexte actuel</i>	34
4.3 <i>Analyse institutionnelle</i>	35
4.3.1 LES CLINIQUES	35
4.3.2 LES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES	40
4.3.3 LES SERVICES TECHNIQUES ET ADMINISTRATIFS	40
4.3.4 AUTRES SERVICES GENERAUX	42
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL ET PLACE DU CHU DE FANN DANS CE SYSTEME	45
CHAPITRE V : LE SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL	46
5.1. <i>L'organisation du système de santé</i>	46
5.2. <i>Etat sanitaire des populations</i>	50
5.3. <i>La politique actuelle de santé</i>	51
5.4. <i>La participation des populations au sénégal</i>	53
CHAPITRE VI : PLACE DU CHU DE FANN DANS LE SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL	55
6.1. <i>Le CHU de fann en tant que centre de recherche</i>	55
6.2. <i>La gestion des ressources financières</i>	56
6.3. <i>La gestion des ressources humaines</i>	57
6.4. <i>Les infrastructures et équipements sanitaires de fann</i>	59

TROISIEME PARTIE : POPULATION ETUDIEE	62
CHAPITRE VII : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	63
7.1. Répartition géographique des enquêtes.....	63
7.2. Structure par âge et par sexe	64
7.2.1. STRUCTURE PAR GROUPE D'AGE.....	64
7.2.2. STRUCTURE PAR SEXE	65
7.3. Groupes ethniques	66
7.4. Appartenance religieuse et confrérique	67
7.4.1. APPARTENANCE RELIGIEUSE	67
7.4.2. LA CONFRERIE	67
7.5. Situation matrimoniale et nombre d'enfants.....	68
7.5.1. SITUATION MATRIMONIALE	68
7.5.1.1. Regime matrimonial.....	69
7.5.2. LE NOMBRE D'ENFANTS.....	70
7.6. Le niveau d'instruction et la situation professionnelle	71
7.6.1. LE NIVEAU D'INSTRUCTION.....	71
7.6.2. SITUATION PROFESSIONNELLE	72
7.6.2.1. Situation professionnelle des hommes	72
7.6.2.2. Situation professionnelle des femmes	72
7.7. Appréciation des problèmes de santé	73
7.7.1. IMPORTANCE DE LA SANTE POUR LES POPULATIONS.....	73
7.7.2. MOYENS CONSACRES A L'AMELIORATION DE L'ETAT SANITAIRE	74
7.7.3. DIFFICULTES RENCONTREES POUR SE SOIGNER	75
7.8. Degré de connaissance du comité de santé	76
7.8.1. CONNAISSANCE DU CO.S.....	76
7.8.2. QUALITE DES PRESTATIONS.....	76
7.8.3. CHOIX DU CHU DE FANN.....	77
7.8.4. PAIEMENT DU TICKET DE CONSULTATION.....	78
7.8.4.1. Connaissance de la destination de l'argent collecté.....	79
7.8.4.2. Degré de conscience des populations sur leur participation	79
7.9. Importance du comité de santé pour les populations.....	80
7.9.1. AMELIORATION DE LA QUALITE DES PRESTATIONS	80
7.9.2. TYPOLOGIE DES REPROCHES ADRESSES AU COMITE DE SANTE.....	81
7.9.2.1. Sur le plan organisationnel.....	81
7.9.2.2. Sur le plan fonctionnel	81
7.9.3. TYPOLOGIE DES SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DU SERVICE.....	82
7.9.3.1. Sur le plan organisationnel	82
7.9.3.2. Sur le plan fonctionnel	82
QUATRIEME PARTIE : LA DECLARATION D'ALMA-ATA ET LES REALISATIONS DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AU CHU DE FANN	84
CHAPITRE VIII : LA DECLARATION D'ALMA-ATA.....	85
8.1. Les soins de santé primaire.....	86
8.2. L'association pour la promotion de l'hôpital de fann (APH /FANN).....	87
8.3. Le comité de santé de fann et la participation des population.....	89
8.4. L'initiative de bamako à fann	93
CHAPITRE IX : LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE : REALISATIONS ET LIMITES	96
9.1. Les acquis de la pc au chu de fann.....	96
9.1.1. Sur le plan financier.....	96
9.1.2. Sur le plan matériel.....	98
9.1.3. Sur le plan des ressources humaines.....	99
9.2. Les limites du comité de santé et de la participation communautaire	101
CONCLUSION.....	103
BIBLIOGRAPHIE.....	108
ANNEXE	117

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU n°1 : FONDS DISPONIBLES ISSUS DE LA PC EN 1995	54
TABLEAU n°2 : SITUATION FINANCIÈRE DU CHU DE FANN	56
TABLEAU n°3 : LE PERSONNEL DU CHU DE FANN	58
TABLEAU n°4 : QUARTIERS ET RÉGIONS DU SÉNÉGAL	63
TABLEAU n°5 : STRUCTURE PAR GROUPE D'AGE	64
TABLEAU n°6 : STRUCTURE PAR SEXE	65
TABLEAU n°7 : GROUPES ETHNIQUES	66
TABLEAU n°8 : APPARTENANCE RELIGIEUSE	67
TABLEAU n°9 : CONFRÉRIES	67
TABLEAU n°10 : SITUATION MATRIMONIALE	68
TABLEAU n°11 : RÉGIME MATRIMONIAL	69
TABLEAU n°12 : NOMBRE D'ENFANTS	70
TABLEAU n°13 : NIVEAU D'INSTRUCTION	71
TABLEAU n°14 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES HOMMES	72
TABLEAU n°15 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES FEMMES	73
TABLEAU n°16 : MOYENS CONSACRÉS À L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT SANITAIRE	74
TABLEAU n°17 : CONNAISSANCE DU COMITE DE SANTE	76
TABLEAU n°18 : QUALITÉ DES PRESTATIONS	76
TABLEAU n°19 : CHOIX DU CHU	77
TABLEAU n°20 : PAIEMENT DU TIKET DE CONSULTATION	78
TABLEAU n°21 : CONNAISSANCE DE LA DESTINATION DE L'ARGENT COLLECTÉ	79
TABLEAU n°22 : DEGRÉ DE CONSCIENCE DES POPULATIONS SUR LEUR PARTICIPATION	79
TABLEAU n°23 : AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS	80
TABLEAU n°24 : LES COMPOSANTES DE L'ORGANISATION ET DE LA GESTION DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	86
TABLEAU n°25 : DIFFÉRENCE DE PRIX ENTRE SPÉCIALITÉS ET GÉNÉRIQUES	94
TABLEAU n°26 : PARTICIPATION DES POPULATIONS /SERVICE	97
TABLEAU n°27 : BILAN DES DÉPENSES DU MOIS D'AOÛT 1997 DU COMITÉ DE SANTÉ	98
TABLEAU n°28 : PERSONNEL COMMUNAUTAIRE	99

LISTE DES ABREVIATIONS

1. AG : Assemblée générale
2. AGETIP : Agence d'exécution des travaux d'intérêt public
3. APH : Association pour la promotion de l'hôpital
4. APS : Association pour la promotion de la santé
5. BAD : Banque Africaine de développement
6. CHU : Centre hospitalier et universitaire
7. Co.S. : Comité de Santé
8. CPRS : Centre de promotion et de réinsertion sociale
9. CS : Centre de santé
10. DAA : Déclaration d'Alma-Ata
11. DHSP : Direction de l'Hygiène et de la santé publique
12. DIEM : Division des infrastructures de l'équipement et de la maintenance
13. EDS : Enquête démographique et de santé
14. ENDSS : Ecole nationale de développement sanitaire et sociale
15. EVF : Education à la vie familiale
16. IB : Initiative de Bamako
17. ICP : Infirmier chef de poste
18. LONASE : Loterie nationale sénégalaise
19. ME : Médicaments essentiels
20. MEN : Ministère de l'Education Nationale
21. MSAS : Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
22. MST : Maladies sexuellement transmissibles
23. OMS : Organisation mondiale de la santé
24. ONG : Organisation non gouvernementale
25. OUA : Organisation de l'unité africaine
26. PAS : Politique d'ajustement structurel
27. PC : Participation communautaire
28. PEV : Programme élargi de vaccination
29. PDRH1 : Programme de développement des ressources humaines
30. PNA : Pharmacie Nationale d'Approvisionnement
31. PNDSS : Programme national de développement sanitaire et social
32. PS : Poste de santé
33. SEPS : Service d'éducation pour la santé
34. SIDA : Syndrome immuno-déficitaire acquis
35. SPT/2000 : Santé pour tous en l'an 2000
36. SS : Système de santé
37. SSP : Soins de santé primaires
38. STM : Service technique de maintenance
39. TMI : Taux de mortalité infantile
40. TMIJ : Taux de mortalité infanto-juvénile
41. UCAD : Université Cheikh Anta DIOP de Dakar
42. UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

INTRODUCTION

Pendant longtemps, les pays africains avaient des systèmes de soins de santé traditionnels qui leur étaient spécifiques. Les populations utilisaient les services de guérisseurs, des accoucheuses traditionnelles etc...

Ces soins étaient souvent gratuits ou rétribués en nature selon un montant déterminé par l'économie de la collectivité.

Cependant, la colonisation a introduit la médecine moderne ou occidentale. Les puissances coloniales ont mis en place un personnel sanitaire et des techniques de soins destinés à leurs employés (militaires, fonctionnaires et commerçants.)

Au début, les médecins payés par l'administration en place ne soignaient que leurs concitoyens. Mais peu à peu, ils ont commencé à administrer des soins à d'autres groupes tels que leurs domestiques, les populations locales ou indigènes afin d'enrayer tout risque d'épidémie.

Malgré l'apparition de la médecine moderne, divers systèmes de soins traditionnels continuaient à fonctionner parallèlement aux nouvelles structures de santé.

Après les indépendances, les Etats africains ont pris en charge la santé de leurs populations. Dans ce cadre, plusieurs milliards de FCFA ont été injectés dans le secteur de la santé. Pourtant peu d'améliorations ont été notées. L'un des problèmes les plus importants est lié à la disponibilité des services de santé, à leur éloignement, à l'inexistence des formations sanitaires et à la non accessibilité des soins de santé ou des médicaments.

Face à la maladie les populations sont livrées à elles-mêmes et pratiquent l'automédication ou la médecine traditionnelle par manque de moyens.

Ces insuffisances relevées sont dues au fait que les différentes politiques de santé définies étaient importées car inspirées des modèles occidentaux. Les services de santé étaient généralement centrés autour du médecin et de l'hôpital et ne s'occupaient que des populations de la capitale ou des grandes villes.

Les dirigeants des pays africains se sont rendus compte que ce système et ces programmes de santé étaient inadaptés à leurs réalités locales et leur coûtaient excessivement chers.

Vers les années 1970, il était évident que malgré les moyens mis à leur disposition les progrès du développement sanitaire n'étaient pas satisfaisants dans les pays en développement . La santé infanto-juvénile se détériore. Le taux de réduction de la mortalité infanto-juvénile ralentit tout comme les progrès accomplis pour accroître le bien-être social et économique.

En raison de ces difficultés, le gouvernement du Sénégal - pour un meilleur état de santé de sa population - a adopté les objectifs de la Déclaration d'Alma - Ata qui prône l'accès aux soins de santé pour toutes les couches de la population¹

A Alma-Ata, la communauté mondiale s'est intéressée particulièrement aux soins de santé primaires dans les pays en développement. Par ailleurs, des stratégies ont été mises en oeuvre en vue de mobiliser et d'utiliser les ressources à cet effet.

Les gouvernants ont été encouragés à affecter davantage de moyens aux soins de santé. Cependant après Alma-Ata, le Sénégal comme les autres pays en développement a été victime d'une crise économique très sévère.

C'est pourquoi :

« Quelques 2/3 des pays en développement ont enregistré une croissance économique négative ou négligeable de 1980 à 1985 et de nombreux indicateurs du bien-être des populations ont montré une détérioration prononcée, notamment en ce qui concerne dans un certain nombre de pays - la santé des populations - les niveaux nutritionnels des enfants âgés de moins de 5 ans qui appartiennent au groupe d'âge le plus exposé à des dommages permanents » .²

Cette récession économique a provoqué au Sénégal une baisse du niveau de vie ; La sécheresse (1979 - 1981) a réduit une grande partie de

1 Chronique OMS volume 39 n°1, Page 1 à 52 , 1985, Page 15

2 « Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont élaboré lors de la Conférence d'Alma-Ata en 1978 la notion de soins de santé primaires . »

World Health Organisation - WHO (1978) « Alma-Ata 1978 : Primary Health Care, Report of International Conference on Primary Health Care », Alma-Ata USSR , 6-12 Sept. 1978. Health for all n°1

la production agricole d'une façon alarmante et a mené une proportion importante de la population vers la famine. La croissance économique du pays a chuté et l'état contraint à des réajustements (Politiques d'Ajustements Structurels - PAS).

En plus de tout cela, le Sénégal s'est trouvé chargé de dettes qu'il avait contracté à l'époque où les perspectives économiques s'annonçaient brillantes. Pour remédier à cette situation l'Etat a adopté les programmes de stabilisation financière et d'ajustements structurels proposés par le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale (BM) .

Il a dû consacrer une part considérable de son budget au service de la dette et aux remboursements des capitaux empruntés. En effet de très sévères politiques d'austérité ont entraînés une paupérisation accrue des populations. Le montant des dépenses publiques a été réduit dans tous les domaines y compris celui de la santé publique.

Cette réduction du budget de la santé a eu des conséquences graves sur les services de soins et de ce fait sur l'état sanitaire des individus. Ce faisant, le gouvernement a déploré les effets pervers de la crise économique sur la santé. Il s'est montré alors, tout particulièrement préoccupé des incidences de cette situation sur l'instauration de la «Santé pour tous », au point même de désespérer d'y parvenir un jour.

C'est pourquoi, après analyse de ce grave problème qu'est la dégradation de la qualité des soins ; les pouvoirs publics ont décidé d'adopter en 1989 la Déclaration de la Politique Nationale de Santé ³ pour un meilleur développement sanitaire.

Celle-ci a pour but de restructurer le secteur de la santé en vue de mettre des services de base améliorés au niveau des Centres Hospitaliers et Universitaires(CHU), des hôpitaux régionaux, des centres de santé, des postes de santé, des cases de santé etc...

Elle vise également à faire participer activement les populations à l'amélioration de la qualité de vie par la prise en charge de leur santé. Il s'agit dès lors pour les communautés d'être associées aux prises de

3. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) , Déclaration de la Politique Nationale de Santé, Juin 1989, 50 p : - Organisation du système de santé

- Etat de santé des populations

- Participation des populations à l'effort de santé etc....

décision, de participer sur le plan financier, matériel et humain pour le développement sanitaire du pays.

Il est essentiel de préciser qu'un bon état de santé favorise la productivité dans tous les secteurs.

C'est ainsi que cette étude a surtout été motivée par le besoin de montrer que la santé n'est pas seulement l'affaire de l'Etat et des partenaires au développement ; mais qu'elle concerne effectivement les populations sur tous les plans.

Nous nous intéressons au point de vue sociologique de la question et non médical.

Il ne s'agit pas de faire de la recherche sociologique une panacée mais de constater qu'elle peut jouer un rôle important dans le développement de notre pays étant donné qu'elle touche à tous les domaines de la vie sociale. Donc pour qu'une société, une communauté ou un individu soit productif, il est nécessaire qu'il soit en bonne santé et conscient de son importance dans le processus de développement de son pays.

Par conséquent la participation des populations à tous les niveaux de la croissance économique, sociale et politique ne passe-t-elle pas par la prise en charge de leur état de santé ?

Ainsi, les objectifs principaux tournent autour de trois points :

- D'abord, analyser la participation des communautés à l'effort de santé au Centre Hospitalier et Universitaire de Fann (CHU de Fann),
- Ensuite, déterminer et définir la nature, la portée et l'importance de cette contribution à l'hôpital de Fann,
- Enfin, démontrer comment une population à travers sa participation au comité de santé du CHU de Fann prend en main ou en situation son devenir.

Le CHU de Fann a été choisi pour cette étude pour sa situation géographique, son importance dans le système de santé et parce que c'est un centre de soins, de formation et de recherche.

La clarification de certaines de ces notions : la Déclaration d'Alma-Ata, la santé et les soins de santé primaires, va nous aider à mieux préciser notre travail.

- La Déclaration d'Alma-Ata : après constat de la situation désastreuse de la santé dans les pays du tiers-monde, les Chefs d'Etat du monde se sont réunis sous l'égide de l'OMS à Alma-Ata en septembre 1978 pour orienter la santé d'une nouvelle manière. Les besoins et les priorités des populations sont pris en compte, d'une approche curative, on passait à celle préventive, un meilleur état sanitaire pour toutes les couches de la populations.

- La santé n'est plus définie comme l'absence de maladies, mais « *elle est un état de complet bien-être physique, mental et social* » selon la nouvelle définition de l'OMS.

- Quant aux soins de santé primaires,

« ils sont conçus comme une approche de l'action sanitaire consistant à intégrer au niveau de la collectivité tous les éléments qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population, ils doivent faire partie intégrante du système sanitaire national. Les prestations doivent être simples, efficaces, accessibles à tous ceux qui en ont besoin et contribuer à améliorer les conditions de vie des individus, des familles et de la collectivité toute entière. »⁴.

Ces notions seront utilisées tout au long de ce travail.

Ainsi, cette étude sera divisée en quatre parties comprenant chacune des chapitres et des sections.

- Dans la première partie, nous nous efforcerons de poser le problème, de définir nos objectifs de recherche et hypothèse, ensuite de construire un modèle d'analyse par la clarification des concepts-clefs : la participation, la communauté, la participation communautaire, la santé et l'effort de santé afin de montrer leur opérationnalité dans ce travail. Puis nous aborderons l'approche méthodologique pour expliquer la démarche utilisée dans le recueil des données auprès des populations, ⁴des membres du comité de santé, des médecins-chefs et du Directeur du CHU de Fann. Enfin nous présenterons le cadre de notre étude.

⁴ p6 Série de rapports techniques AFRO n°3, Soins de santé primaires (SSP), OMS, Bureau Régional de l'Afrique, Brazza, 1977, 96p

- La deuxième partie traite du système de santé du Sénégal et de la place de l'Hôpital de Fann dans ce système afin d'expliquer sur quelles bases, la participation communautaire (PC) a été instituée.

- Quant à la troisième partie, elle est consacrée au traitement, à l'analyse et aux interprétations des caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée pour connaître leurs lieux de provenance, leurs niveaux de vie et leurs opinions sur les problèmes de santé, sur leurs participations et sur le Comité de santé.

- La dernière partie portera sur l'étude de la Déclaration d'Alma-Ata (DAA), des acquis de la PC et de ses limites, ainsi que sur la conclusion générale où nous essayerons de montrer les conséquences socio-économiques de la participation communautaire pour les populations et par conséquent pour le Sénégal.

PREMIERE PARTIE : CADRE DE L'ANALYSE ET PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE

Cette partie est consacrée à la démarche théorique et méthodologique utilisée pour faire ce travail, ensuite à la présentation du cadre de l'étude pour mieux le cerner.

CHAPITRE I : CADRE DE L'ANALYSE

L'étude du cadre de l'analyse est indispensable pour toute recherche sociologique. Elle permet de montrer par quels cheminements nous sommes passés pour poser notre problématique et nos hypothèses.

1.1. Choix du sujet

Tout au long de ces dernières années, le Sénégal a vécu dans un contexte marqué par le désengagement de l'Etat ; singulièrement en matière d'encadrement sanitaire et de prise en charge des populations.

Ce retrait se combine à des difficultés financières pour les individus d'accéder aux soins et aux médicaments. Dans ces conditions où le gouvernement ne dispose ni de ressources financières propres suffisantes, ni d'outils technologiques pour répondre aux besoins sanitaires croissants ; la participation communautaire s'est offerte comme une alternative incontournable aux yeux des responsables des pouvoirs publics.

Ainsi notre étude a pour principale orientation de révéler l'importance de la PC à l'effort de santé sur le fonctionnement du CHU de Fann et sur les individus.

En tant que membre de cette population nous sommes autant concernés par les problèmes de santé qui se posent à notre pays.

L'analyse de la participation des populations présente un certain intérêt pour les communautés, le CHU de Fann, l'Etat et pour nous en tant que chercheur, puisqu'elle permet de montrer le degré d'implication, de conscientisation, de responsabilisation, et de connaissance des populations sur leur situation sanitaire et d'apprécier leur contribution, par conséquent de voir si elles sont capables de prendre leur devenir en situation.

Nous nous plaçons alors dans la « sociologie de la santé » parce que c'est le culturel, l'économique, le démographique et le politique qui entrent en jeu pour assurer un minimum de bien-être à tous.

Nous nous sommes intéressés au cas de l'hôpital de Fann pour faire cette étude puisqu'il avait en son temps initié l'Association pour la Promotion de l'Hôpital de Fann (APH) en 1986 donc c'est un milieu propice qui peut nous aider à expliquer la portée, le rôle et l'importance de la participation communautaire.

Par ailleurs, nous allons essayer de voir quel est l'état de la question, c'est-à-dire ce qui a déjà été fait sur ce thème afin de nous positionner et de mieux situer cette étude.

1.2. *Etat de la question*

Il nous a été difficile de trouver des ouvrages traitant de la participation communautaire ; c'est pourquoi nous nous sommes appuyé sur des documents, des rapports, des revues pour faire ce travail.

Cependant, il est important de préciser que nous nous intéressons surtout au point de vue sociologique de la question et non médical. Mais l'utilisation de certains termes médicaux et techniques sont indispensables puisque notre cadre d'étude est un centre hospitalier et universitaire.

Beaucoup de documents ont été faits sur la participation communautaire en matière de santé . Certaines études privilégient le recouvrement des coûts issus de la contribution des communautés, d'autres la construction et la maintenance des structures de santé.

Seuls les postes de santé, les centres de santé, les cases de santé, et les hôpitaux régionaux ont fait l'objet d'évaluations.

Ainsi, la PC joue un rôle déterminant dans la prise en charge financière des soins de santé au Sénégal. Elle assure à elle seule le financement normal et autonome des activités dévolues aux postes de santé, contribue pour une grande part au fonctionnement des centres de santé, des hôpitaux régionaux et des hôpitaux de districts .

A travers le paiement des tickets, des médicaments essentiels (ME), les individus ont participé pour un montant de 2.295.231.000 FCFA en 1995⁵.

Dans cette optique, l'IB estime que les collectivités, en finançant elles-mêmes leur santé, peuvent générer dans les centres de santé un revenu suffisant pour couvrir les coûts de fonctionnement à défaut de ceux des salaires des unités de base.

«Egalement, les gouvernements sont capables à un coût moindre d'offrir des services de santé essentiels et accessibles à tous. A une seule condition que ces services soient orientés sur la base d'un rapport coût - efficacité, qu'il existe un système de santé opérationnel au niveau des districts et un plan de financement communautaire.»⁶

YEUNG, Y.M, MC GEE nous ont présenté deux niveaux dans la participation communautaire. Elle se situait au niveau de la main d'oeuvre ou du partage des coûts.⁷

En rapport avec ces analyses, d'autres ont porté sur la Politique Nationale de Santé.

La santé joue un rôle essentiel dans le développement ; c'est ainsi que l'Etat est tenu d'éduquer, de sensibiliser et de soigner les populations . Pour cela, il faut les impliquer dans la prise de décision, l'élaboration des programmes de santé. Donc, la PC est venu en appoint au budget du gouvernement afin que les communautés puissent améliorer leur état sanitaire .⁸

Toutefois, leur implication au problème de santé permettra-t-elle aux individus d'accéder à des prestations de qualité ?

RIFKIN, BS répond à cette question en affirmant qu'elle est apparue comme le moyen de rehausser de façon décisive la situation sanitaire de la majeure partie de l'humanité. Par là, elle permet de résoudre la pauvreté et la mauvaise répartition des ressources.⁹

⁵ Enquête Division des Soins de Santé Primaires (DSSP) : Participation financière de la population dans le cadre de l'Initiative de Bamako (IB), bilan 1995.

⁶ Unité de gestion pour l'IB : l'IB, reconstruire les systèmes de santé, UNICEF .

⁷ Le rôle de la participation communautaire dans la prestation des services municipaux en Asie, p67 .

⁸ MSAS : Déclaration de la Politique Nationale de Santé Juin 1989.

⁹ RIFKIN, BS : Planification sanitaire et participation communautaire in Forum Mondial de la Santé vol7

MURTI, K est allé dans le même sens que RIFKIN, pour lui les populations doivent prendre la situation en main.¹⁰

Bon nombre d'études ont révélé que la participation communautaire était une aide précieuse pour les gouvernements et les individus. Car tout en responsabilisant ces derniers, elle permet l'amélioration de leurs conditions d'existence et à l'Etat d'économiser en les éduquant en ce qui concerne la santé.¹¹

La PC, en quelque sorte est une contribution au développement non seulement à tous les niveaux, mais aussi dans tous les secteurs. Elle est vue comme la forme idéale pour parvenir au développement sanitaire.¹²

Malheureusement, le secteur de la santé pour son financement s'est heurté à une concurrence acharnée de la part des programmes de développement socio-économique. Par conséquent, il s'est tourné vers les collectivités pour trouver des ressources financières et accéder à la santé pour tous.¹³

En effet, il est inconcevable que tous les Etats puissent supporter entièrement la charge de l'instauration de la « Santé pour tous » (SPT) qui risque alors de n'être qu'un slogan souvent cité, mais rarement appliqué dans les pays pauvres. En réalité, ce problème concerne l'ensemble de la communauté internationale qui a la possibilité de réaliser la santé pour tous à condition d'intégrer les notions de solidarité, de coopération entre pays riches et pays pauvres, entre les individus eux-mêmes¹⁴.

C'est dans ce but, qu'ont été créés des services d'éducation pour la santé (SEPS) , d'éducation à la vie familiale (EVF) qui aident les populations à se prendre en charge et à connaître les différents problèmes de santé.

n°2,1986, p163.

¹⁰op.cit. p127

¹¹Série de rapports techniques Afro n°3, SSP OMS, Bureau Régional de l'Afrique, Brazza, 1977, p6.

¹²DJUKANOVIC, V, MACH, E.P. : Comment répondre aux besoins sanitaires fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement, Etude commune FISE /OMS, 1975 p43.

¹³BANOUB, B.S : Pas de « Santé Pour Tous » sans « paix pour tous » in Forum Mondial de la Santé vol7 n°1 p94.

¹⁴op. cit. p15 : « un problème qui intéresse la communauté internationale toute entière »

Dans La mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000, il y est fait une évaluation de la participation communautaire. Celle-ci s'avère positive dans la gestion des ressources, des moyens disponibles et des acquis¹⁵.

Dans l'éditorial de Echos de la santé n°5, le Ministre de la Santé du Sénégal y précise que les hôpitaux sont les lieux privilégiés d'application de la PC. Ils sont dit-il : « les structures de référence des autres niveaux de la pyramide de la santé, donc, il faut les intégrer dans l'effort commun déployé en vue de la santé pour tous »¹⁶.

Le Guide national du comité de santé explique les raisons qui sont à l'origine de la mise en place des comités de santé. Il révèle également leur fonctionnement et enfin la manière adéquate et appropriée pour s'en occuper¹⁷.

Le Docteur HUBERT BALIQUE fait une analyse profonde du système hospitalier dans son ouvrage. Il y démontre les défaillances des hôpitaux du Sénégal en ce qui concerne la gestion des ressources humaines, financières et des malades¹⁸.

L'économiste IBRAHIMA ALIOU SALL, quant à lui à chercher à savoir quelle était la conséquence de la décentralisation sur les comités de santé, étant donné que la gestion de système de santé est confiée aux populations et les compétences afférentes transférées aux collectivités de base¹⁹.

Une Etude relative à la problématique des comités de santé dans la nouvelle politique de développement sanitaire a été initiée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale pour évaluer les comités de santé et voir ce qu'il faut faire pour améliorer le niveau de santé des populations.²⁰

¹⁵ Organisation mondiale de la santé : mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la SPT/2000, 2ème évaluation, 8ème rapport sur la situation sanitaire dans le monde, vol 2, Région Africaine, Brazza 1994 p219

¹⁶Echos de la santé : Quand la santé consulte et se soigne, Nouvelle série n°5, Août - Septembre 1995

¹⁷MSAS : Guide National du Comité de Santé : stratégies et conduites à tenir, novembre 1993.

¹⁸BALIQUE,H : Le système hospitalier du Sénégal : Analyse et perspectives, 1996

¹⁹SALL, I.A. : Population et décentralisation des services de santé au Sénégal, approche participative, Rapport provisoire, Dakar, Octobre 1996.

²⁰ CICED, MSAS : Etude relative à la problématique des comités de santé dans la nouvelle politique de développement sanitaire : évaluation, perspectives, Dakar, Mai 1997.

En fin de compte, nous constatons que les études sur la participation communautaire sont multiples et faites de façons différentes. Mais pour l'essentiel de ces travaux la santé est un problème majeur. Le gouvernement seul ne peut pas prendre en charge l'état sanitaire des populations. C'est pourquoi l'engagement ou la contribution des communautés est indispensable pour le rendre accessible à toutes les couches sociales et l'améliorer également.

Or, n'est-il pas préférable, pour avoir de meilleurs résultats, d'intégrer en ce qui concerne les hôpitaux, l'éducation, la sensibilisation et la prévention aux composantes de la participation afin que celle-ci soit plus effective, au lieu du recouvrement des coûts seulement ?

Cette participation financière obligatoire pour accéder aux soins de santé ne constitue-t-elle pas un frein pour les populations démunies ?

Celle-ci ne privilégie-t-elle pas les riches, d'autant plus que la majeure partie de la population du Sénégal est composée de défavorisés ?

C'est à l'examen de ces problèmes que nous allons nous attacher, en tenant compte des analyses précédentes, à voir les conséquences sociales de la participation sur les individus.

Puisqu'aucune étude n'a été faite sur le comité de santé du CHU de Fann nous cherchons à montrer sa spécificité par rapport aux autres hôpitaux.

Nous privilégions également l'étude sur l'apport de la PC dans un centre de soin, de formation et de recherche tel que Fann et sur les usagers.

C'est dans cette optique que nous nous sommes demandé si l'homme en se réappropriant sa santé par la participation effective peut espérer une amélioration importante de l'état sanitaire et par conséquent de ses conditions de vie.

L'état de la question nous a permis de préciser notre problématique.

1.3. Problématique

Vers les années 1980, le Sénégal s'est trouvé confronté à une grave crise économique qui l'a complètement destabilisé. L'Etat a été obligé de s'endetter pour s'en sortir. Afin de remédier à cette situation, il a fallu procéder aux réajustements des dépenses publiques;

Le secteur de la santé a été le plus touché par les restrictions budgétaires d'autant plus qu'il ne bénéficiait pas de moyens importants. Ainsi, la grande masse de la population, qui, déjà avait peu accès aux soins de santé était encore lésée. Celle-ci était tombée dans la pauvreté et la misère. Elle ne disposait pas de ressources importantes pour accéder aux services de base (cases de santé, centres de santé etc).

Les hôpitaux sont également visés par la récession économique puisqu'ils fonctionnaient grâce au budget qui leur était alloué par l'Etat. Les structures existantes se dégradaient. Donc, c'était les pouvoirs publics qui prenaient complètement en charge le secteur sanitaire.

C'est ainsi que pour résoudre ces problèmes de gestion de la santé publique, ils ont décidé - par le biais de L'OMS - de faire participer les communautés à l'effort de santé. Pour amoindrir les lourdes charges qui pèsent sur eux, ils se sont progressivement désengagés. Ce faisant, ils ont impliqué davantage les individus aux problèmes de santé.

Ils se sont, en effet rendu compte qu'il fallait intégrer les collectivités à tout processus de développement pour sa réussite. Par conséquent, le Sénégal devait compter sur ses propres ressources (humaines et financières) pour atteindre un niveau satisfaisant dans la qualité de soins. En fait il devra, de ses propres deniers financer la quasi-totalité de ses programmes de santé.

Dans cette optique, une seule possibilité s'offrait : faire participer les populations à l'achat du ticket pour l'utilisation des services de santé. Dès lors, des comités sont mis en place dans les centres, les postes, les districts, les cases de santé et dans les hôpitaux pour abriter et gérer rationnellement la participation des communauté à l'effort de santé.

Celle-ci se situe à plusieurs niveaux : les collectivités sont associées à la planification, à l'exécution et à la gestion des comités de santé. Pour renforcer leur importance et leur donner de la crédibilité, les

bases d'un programme gouvernemental sont jetées en 1992 avec la Loi 92.07 modifiant l'intitulé de l'article 821 et l'Alinéa 1er du code des obligations civiles , qui place les comités sous le même régime que les associations à but éducatif, populaire et sportif et les associations à caractère culturel.²¹

Cependant, le but fixé par l'OMS en 1978 « La santé pour tous en l'an 2000 » n'est pas prêt d'être atteint. La situation économique désastreuse du pays a réduit les chances d'y parvenir rapidement.

Et pourtant, les institutions internationales se sont dépensé autant que faire se peut depuis l'adoption il y a 20 ans de l'objectif SPT/2000.

«De nombreuses stratégies ont été élaborées et rien que pour les comités africains de l'OMS et de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) ... , il y a eu la Déclaration des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA, considérant la santé comme fondation du développement (Addis-Abéba, 1987), la création du Fonds spécial pour la santé de l'Afrique (Brazzaville 1988), l'Initiative de Bamako sur l'autofinancement communautaire des soins de santé primaires et la Résolution d'Addis-Abéba 1990 sur la promotion de fonds d'assistance mutuelle et de solidarité appuyés par le Fonds spécial etc»²².

C'est pourquoi, étant donné qu'elle n'est pas seulement une fin, mais aussi un moyen, pour l'amélioration de la santé des communautés l'Etat a mis l'accent sur les ressources humaines afin d'enrayer les problèmes de santé. Ainsi, les populations prennent en charge leur propre état de santé.

Comme tous les hôpitaux, le CHU de Fann s'est trouvé impliqué dans le processus de développement sanitaire. Il met pour cela en place un comité de santé dans lequel la participation des populations est prise en charge pour améliorer la qualité des prestations et permettre à tous d'accéder aux soins de santé sans discrimination.

Après avoir posé notre problématique notre question de recherche est la suivante :

- La participation communautaire peut-elle, à elle seule, dans le contexte du désengagement de l'état, améliorer la qualité des prestations

²¹ Loi 92.07 modifiant l'intitulé de l'article 821 et l'alinéa 1er du code des obligations civiles, janvier 1992.

²² Le courrier n°147 ; dossier santé PVD, Malgré tout des progrès sept - oct 1994 , p46.

au CHU de Fann et par conséquent, instaurer un meilleur état sanitaire pour toutes les couches de la population dans un cadre de vie sain ?

Nous allons poser nos objectifs afin de mieux préciser notre étude.

1.3.1 OBJECTIFS

Ce travail a pour principaux objectifs :

- L'analyse de la participation des communautés à l'effort de santé à l'hôpital de Fann,
- La détermination et la définition de la nature, de la portée de cette contribution dans la structure,
- La formulation d'un modèle de connaissance du système de gestion basé sur la participation qui dépendrait des efforts conjugués du gouvernement, des populations et du CHU de Fann,
- La mise en relief des conséquences sociales de cette contribution sur les individus.

A cette fin, le travail est divisé en différentes parties, chacune ayant un secteur particulier comme cible. Elles comprennent :

- La présentation du cadre de notre étude afin d'avoir une vue d'ensemble des services de l'hôpital, de ses prestations et de l'état des services,
- Une présentation descriptive du système de santé du Sénégal, dans son organisation, sa politique nationale et la participation communautaire,
- Une étude de la place de la structure hospitalière de Fann dans ce système dans le but de déterminer son importance et ses faiblesses,
- Une analyse de la Déclaration d'Alma-Ata afin de voir l'origine de la participation communautaire,
- Une évaluation des réalisations de la PC, son rôle, son importance, ses aspects positifs et ses limites.

Ces objectifs déterminés, nous allons poser nos hypothèses de recherche.

1.3.2 HYPOTHESES

Deux grandes hypothèses sont à la base de notre travail :

- Les populations constituent une richesse importante pour le pays ; en tant que telles, elles sont agents du développement sanitaire et

prennent peu à peu la place de l'Etat ce qui apparaît dans leur participation au CHU de Fann,

- Le comité de santé, à travers la participation communautaire contribue activement à la gestion rationnelle, au meilleur fonctionnement des structures de l'hôpital. Ainsi il accroît la qualité des prestations et facilite l'accès aux soins et aux médicaments pour toutes les couches de la population et partant à de meilleures conditions d'existence.

Après avoir émis nos hypothèses principales, nous allons essayer de construire notre modèle d'analyse par la définition de nos concepts-clefs afin de mieux appréhender leurs différentes dimensions, composantes et indicateurs.

CHAPITRE II : CONSTRUCTION DU MODELE D'ANALYSE

C'est une partie essentielle dans toute recherche, elle permet d'expliquer les concepts choisis, d'établir les différentes relations qui existent entre eux.

2.1 *L'approche conceptuelle*

Elle nous aide à mieux comprendre l'étude et à découvrir les différents aspects cachés des concepts.

2.1.1 LA PARTICIPATION

Il est difficile de donner un sens unique à la participation. C'est pourquoi vers les années 1970, de nombreux documents ont été publiés à ce propos afin de l'élargir et de le cerner correctement.

Il serait erroné actuellement, de parler de projet de développement sans faire appel à cette notion. Ainsi, celle-ci peut être définie selon trois axes : elle est une contribution, une organisation, ou une habilitation.

- Elle est envisagée comme une contribution, lorsque les individus s'investissent volontairement dans l'élaboration des programmes et projets prédéfinis. Donc,

« ... de nombreux projets dans des secteurs tels que la santé, l'approvisionnement en eau, la sylviculture, le développement des infrastructures, la conservation des ressources naturelles... font largement appel à ces contributions (matérielles ou sous forme de travail) qui sont considérés comme étant implicitement dans la participation et représentant une condition essentielle du succès »²³.

- La participation en tant qu'organisation : il est essentiel de mettre

²³ OMS, Série de rapports techniques 809 : L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire: Un défi pour les services de santé, Genève, 1991 pp 4-5

en place des structures organisationnelles dans tous types d'action de développement. Ce sont des organisations concrètes, représentant et défendant les intérêts de la communauté.

- La participation vue comme une habilitation²⁴ : depuis quelques années, celle-ci est vue comme un moyen de conférer un pouvoir aux individus pour se prendre en charge .

Dans ce cas, elle est une habilitation, c'est-à-dire :

« ... le développement des compétences et attitudes qui permettront aux individus d'intervenir dans les questions relatives au développement ... que ce soit pour assurer une gestion, d'avoir voix au chapitre ou de négocier avec des individus ou des groupes susceptibles de contribuer au développement ».²⁴

Le Dictionnaire de sociologie quant à lui donne d'autres variantes de la participation, elle

« a plusieurs champs de réflexion : sociologie électorale, gestion des ressources humaines, phénomènes de mobilisation. La réhabilitation des valeurs d'initiative et de responsabilité prend de multiples formes : intéressement, actionnariat, concertation... Les typologies proposées combinent une participation au résultat, au capital et à la gestion »²⁵.

Après avoir vu les axes définitionnels de la participation nous pouvons arriver à son opérationnalisation. Dès lors, elle est la responsabilisation, la conscientisation et l'engagement des collectivités pour tout ce qui concerne leur bien-être.

Qu'en est-il de la communauté ?

2.1.2 LA COMMUNAUTE

Quant à elle, elle est définie dans le Dictionnaire de l'Ethnologie de la façon suivante, c'est : **« dans un sens général, un groupe formé de familles mutuellement dépendantes dont les membres ont des biens et des intérêts communs et vivent généralement ensemble ».**²⁶

²⁴Ibidem p5.

²⁵ FERREOL, G (sous la Direction de) : Dictionnaire de Sociologie, 2ème édition, Ed Armand Colin, Cursus, Paris 1995, pp195 - 1996.

²⁶PANOFF, M et PERRIN, M : Dictionnaire de l'Ethnologie, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1973 p64

Dans ce cas, elle est comprise sous un angle restreint parce qu'elle inclut des relations, des liens de parenté et de voisinage entre ses membres.

GUY ROCHER lui, l'explique ainsi dans son Introduction à la sociologie générale :

« La communauté est formée de personnes qu'unissent des liens naturels ou spontanés, ainsi que des objectifs communs qui transcendent les intérêts particuliers de chaque individu. Un sentiment d'appartenance à la même collectivité domine la pensée et les actions des personnes, assurant la coopération de chaque membre et l'unité ou l'union du groupe, la communauté est donc un tout organique, au sein duquel la vie et l'intérêts des membres s'identifient à la vie et à l'intérêt d'ensemble ».²⁷

Ainsi la communauté est porteuse de valeurs idéelles qui permettent aux individus d'entretenir des relations profondes et un degré d'intimité qui favorise la cohésion sociale. Elle se situe à tous les niveaux de la société, à savoir la localité, la religion, la nation, la race, etc.

C'est dans cette optique que Tönnies, dans Communauté et Société en distingue trois formes :

*« la communauté de sang (famille, parenté, clan), la communauté de lieu (voisinage que l'on retrouve souvent en milieu rural) et la communauté d'esprit (relations d'amitié fondées sur la foi etc) »*²⁸.

Elle est une forme sociale qui fonctionne d'une façon harmonieuse, pacifique et religieuse. Elle est la conscience de soi et d'autrui.

Dans le Guide des comité de santé, elle est appréhendée ainsi :

²⁷ROCHER, G : Ferdinand Tönnies : les fondements psychiques des rapports sociaux in Introduction à la sociologie générale, 3ème édition Hurtbise HMH Ltée, Québec 1992, pp 215 - 216 .

²⁸TONNIES, F : Communauté et Société, Paris, PUF .

« une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politique, économique, sociale et culturelle communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs y compris en matière de santé »²⁹.

Quand on parle de communauté, il s'agit de liens solides, d'unité ; mais non de différenciation sociale interne, ni de relations conflictuelles entre ses membres. L'équité, l'entraide et le partage en sont les maître-mots.

Qu'est-ce que donc la participation communautaire ?

2.1.3 LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Ainsi, après avoir défini ces deux concepts, nous pouvons dire qu'elle est l'engagement des individus c'est-à-dire des acteurs pour l'amélioration de leurs conditions d'existence. Elle intègre la prise en charge de leurs besoins fondamentaux en leur faisant jouer un rôle essentiel dans la prise de décision, dans les négociations avec les partenaires au développement.

Elle est en quelque sorte une collaboration entre les collectivités et les instances décisionnelles. Dans ce contexte, celles-ci s'auto-responsabilisent en participant financièrement, humainement et socialement à l'accroissement de leur bien-être.

Il est nécessaire aussi de clarifier le concept effort de santé avant d'aller plus loin. Tout d'abord, nous allons définir la notion de santé.

2.1.4 LA SANTE

Selon BARRAL qui est administrateur d'hôpital, la santé est indéfinissable.

Elle est avant tout l'absence de maladies. Cependant, avec les progrès scientifiques et techniques, de nouvelles maladies sont apparues dans les sociétés effets pervers de ces progrès. Donc, « la santé est un état d'adaptation : c'est l'adaptation de l'homme à son milieu »³⁰.

²⁹MSAS : L e guide des comités de santé ; la communauté ses représentants et le personnel de santé p11.

³⁰ Santé, Sécurité Sociale : Economie et Santé n°11 p19.

Le Pape Pie XII lui, disait que la santé n'était pas purement négative, elle ne consistait pas seulement à l'expulsion de la maladie corporelle et des tares physiques ; elle comportait d'une façon positive le bien-être spirituel et social du monde. Et à ce titre, elle est l'une des conditions de la paix et de la sécurité universelle.

Il s'ensuit que la santé ne doit plus être entendu d'un point de vue purement médical. Mais pendant longtemps, la santé n'a été comprise que comme absence de maladies. C'est dans ce but que les moyens pour améliorer l'état de santé de la population concernaient surtout les recherches médicales et l'application des résultats obtenus à des programmes permettant de rendre bien portant la majorité des individus.

Mais l'option de l'OMS est différente de cette définition et rejoint celle du Pape Pie XII . La santé « *est un état de bien-être physique, psychologique et social* ». Donc elle est liée à l'ensemble des conditions de vie (habitat, environnement, emploi etc).

L'effort de santé alors, signifie tous les moyens quelque soit leur importance mis à la disposition des populations et fournis par elles-mêmes pour atteindre un niveau de santé acceptable.

En définitive, par participation communautaire à l'effort de santé, nous entendons le moyen d'améliorer de façon décisive la situation sanitaire des populations par celles-ci.

Elle consiste également à résoudre les problèmes posés par la pauvreté et la mauvaise répartition des ressources. C'est une solution de rechange au système de santé existant.

Ici, la prévention et la santé sont plus mise en valeur que la maladie et le traitement, les besoins des déshérités que celui des riches. Ainsi, elle doit résulter de l'intervention des intéressés eux-mêmes dans la protection sanitaire. Elle se rapporte à la prise en charge de la santé entendue au sens le plus large. Elle ne s'intéresse pas seulement aux soins ; mais également à la promotion de la santé.

C'est le principe selon lequel l'amélioration de la santé est intimement liée à celle de l'ensemble des conditions de vie. Elle se fonde sur un processus qui fait prévaloir les vœux de la collectivité sur les besoins des planificateurs.

Qu'en est-il alors du modèle d'analyse proprement dit ?

2.2. Le modèle d'analyse proprement dit

Enfin, il reste à poser un modèle d'analyse qui consiste à voir la portée de la participation communautaire sur la santé des populations et sur le CHU Fann ; le rôle du comité de santé dans la gestion de la participation.

C'est dans ce but que nous avons utilisé le schéma actanciel et le schéma causal qui nous permettent de poser notre modèle d'analyse. Notre choix a été fait à partir des lacunes identifiées à travers nos lectures.

Participation communautaire comité de santé	Effort de santé
Contribution, engagement des populations	Amélioration de la qualité des prestations
Implication des populations aux prises de décisions, coopération	Gestion des ressources humaines et financières du CHU de Fann
Auto-prise en charge des problèmes de santé	Agent de leur propre bien-être physique, mental et social
Achat du ticket de soins	Accessibilité aux soins et aux médicaments
Recouvrement du coût des soins	Gestion rationnelle du matériel médical et bon fonctionnement du CHU de Fann

Responsabilisation des communautés	Prise en charge de l'état de santé des populations et surtout des indigents . Amélioration des conditions d'existence .
------------------------------------	---

Pour faire ce modèle d'analyse, nous nous sommes appuyé sur L'intelligence du social de JEAN MICHEL BERTHELOT³¹. Celui-ci a essayé de modéliser le fait social à travers des concepts formels (schèmes).

D'abord, le schème actanciel est utilisé dans sa forme logique :

$$A \varphi B = \sum a \rightarrow \sum e$$

Ce qui signifie que l'ensemble a rend compte de l'ensemble e .

a désigne ici l'ensemble des acteurs, c'est-à-dire les communautés et e qui est un ensemble d'effets de leurs actions est le comité de santé qui gère la participation des populations.

B est considéré ici, comme la résultante du comportement des acteurs impliqués et l'amélioration de la qualité des prestations, de la santé, l'accès aux soins et aux médicaments pour toutes les couches de la population fréquentant S, c'est-à-dire le système d'action qui est le CHU de Fann .

En effet, l'effet de masse résultant de B exerce une action sur le système considéré. Celle-ci (action) se situe au niveau de la gestion rationnelle des ressources humaines, financières et matérielles, sur le recouvrement du coût des soins. Elle assure le bon fonctionnement de la structure médicale. Ce sont les actions produites par la contribution, l'engagement et l'implication des acteurs, donc la participation des individus à Fann qui ont permis la mise en place du comité de santé qui gère les ressources qui en sont issues.

Le schème causal aussi a été pris pour déterminer la cause de l'amélioration de la santé des populations et du meilleur fonctionnement de l'hôpital de Fann.

Ce schème privilégie la dépendance de l'élément à appliquer vis-à-vis d'une série de facteurs objectifs pouvant constituer un système matériel. Nous avons donc la forme logique :

³¹ BERTHELOT, J. M : L'intelligence du Social, Sociologie d'aujourd'hui, PUF, 1990, 249p.

$A \varphi B = [B = f(A)]$ donc B est fonction de A .

A ici, désigne la PC qui explique B , c'est-à-dire l'amélioration de la qualité des soins, de la santé pour tous par un phénomène de causalité. B alors devient fonction de A de telle sorte que si A (participation communautaire) n'existe pas, B (l'amélioration de la santé) ne saurait exister. Ainsi, il y a une relation de cause à effet . Il ne peut y avoir développement sanitaire sans l'implication concrète des communautés.

B , alors dépend de A ; il y a dès lors une relation de dépendance, d'aide entre A et B . Ce qui implique que tout changement de A entraînerait sensiblement et obligatoirement un changement de B . Cela veut dire que l'amélioration de la santé et de la qualité des prestations est fonction de l'engagement des populations.

Ainsi, A est la cause unique de B . Ce sont également deux concepts distincts soit réellement, soit analytiquement. L'utilisation de ces deux schèmes - actanciel et causal - nous a aidée à mieux appréhender les techniques à utiliser dans ce travail.

CHAPITRE III : APPROCHE METHODOLOGIQUE

Elle représente une partie essentielle de notre étude, car elle situe le contexte social dans lequel ce travail a été fait .

La définition de notre objet de recherche, la détermination de nos objectifs - qui consiste à nous demander ce que l'on cherche, comment ? Et pourquoi ? Quel est le problème, les hypothèses - nous ont orienté dans le choix de nos méthodes et techniques d'enquête. Elle montre par quelles voies, comment et dans quelles conditions nous avons pu réunir les données indispensables à la poursuite de notre travail.

Par ailleurs, nous tentons de montrer quelle est la démarche utilisée et quels instruments techniques nous avons choisi pour mener à bien cette recherche et enfin à quelles difficultés nous avons fait face et les moyens disponibles pour les résoudre.

Le choix de nos méthodes d'investigations a été dicté par le thème étudié. Ainsi, deux voies ont été suivies :

- La recherche bibliographique,
- Une investigation sur le terrain

3.1. Démarches

Notre thème défini, nous avons formulé une question de départ indispensable à tout début de recherche. Pour ce faire, nous nous sommes appuyé sur les sept étapes de la recherche formulées par QUIVY et Alii ³².

Avant de commencer les enquêtes, nous avons pris connaissance des travaux antérieurs portant sur la participation communautaire et sur la santé susceptibles de nous apporter des éléments distinctifs et comparatifs entre ce qui a déjà été fait et notre propre travail.

³²QUIVY, R et VAN CAMPENHOUDT, L : Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, Paris 1988, p21

Nous avons pu faire l'exploration bibliographique par l'intermédiaire des bibliothèques universitaires de Dakar et de Saint-Louis, des différents services de santé : Projet de Développement des Ressources Humaines (PDRH1), Service d'Education Pour la Santé (SEPS), Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS), Organisation mondiale de la santé (OMS), Projet CHU, Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale (ENDSS), Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique (DHSP), Enda Tiers-Monde et Enda Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA), où nous avons pu trouver des études sur la participation communautaire.

Des entretiens exploratoires non-directifs nous ont permis de découvrir les aspects à prendre en compte, d'élargir et de revoir notre champ d'investigation. Ils ont également renforcé nos lectures. Cette phase d'exploration nous a guidé à reformuler notre problématique, en même temps qu'elle a constitué un premier contact avec notre terrain. Ainsi donc, en vue d'asseoir la qualité de notre questionnement, des lectures, des entretiens ont été faits.

Une documentation adéquate établie et la partie théorique définie, nous avons procédé à une investigation sur le terrain en tenant compte des étapes réglementaires et des techniques adaptés à l'appréhension du problème.

3.2. Inventaires des techniques utilisées

Les données réunies, nous avons fait une pré-enquête grâce à laquelle nous avons rencontré les personnes-ressources qui sont :

- Le Directeur du CHU de Fann,
- Le Président du Comité de Santé.

Ce qui nous a permis de tester la pertinence de notre question de départ et d'élaborer la problématique centrale de notre étude. La pré-enquête effectuée, nous avons utilisé un guide d'entretien pour mener des entrevues avec le personnel identifié.

3.2.1 LES ENTRETIENS

Un guide d'entretien a été administré au Directeur de l'hôpital et aux membres du comité de santé (Co.S). Il s'intéresse à :

- La connaissance des ressources humaines, financières et matériels de la structure,
- La connaissance du comité de santé,
- Au mode d'organisation et de fonctionnement du Co.S,
- A la gestion financière et technique du Co.S,
- A ses réalisations,
- A ses limites.

Un entretien a été fait également avec le pharmacien qui s'occupe de la vente des médicaments essentiels (M.E.) avec comme thèmes :

- La connaissance de l'Initiative de Bamako (IB),
- La gestion de l'IB,
- le degré de connaissance de l'IB par les populations,
- Ses améliorations sur les malades et le CHU de Fann,
- Ses limites.

Ici, c'est la méthode qualitative avec l'emploi d'entretiens non directifs et semi-directifs (1 heure à 1 heure 30mn par personne) qui nous a aidé à apprécier et à comprendre le niveau d'implication des populations dans l'amélioration de leur état de santé et du fonctionnement du CHU de Fann à travers le comité de santé.

Elle met en relief l'intentionnalité des acteurs. Celle-ci joue un rôle prépondérant, étant donné que tout mouvement social prend en compte les individus puisqu'ils participent par leurs actes : ils font l'histoire, la société.

Cependant, comme toute technique, la méthode qualitative a des imperfections ; souvent les informations recueillies sont entachées de subjectivisme. C'est pourquoi, nous l'avons allié à la méthode quantitative pour la compléter avec l'utilisation du questionnaire.

3.2.2. LES QUESTIONNAIRES

Un questionnaire a été employé dans le recueil des données sur la participation des populations, sur le comité de santé et sur la structure elle-même. Il a été adressé aux populations et aux médecins-chefs de service.

Les questions ont eu pour buts d'obtenir les informations suivantes :

- Les caractéristiques socio-démographiques des enquêtés,

- Le degré de connaissance des problèmes de santé par les populations,

- Leur perception du Co.S,
- L'importance du Co.S pour les communautés,
- les lacunes observées par celles-ci sur le Co.S.

Quant au questionnaire des médecins-chefs, il cherche à savoir :

- Les rapports entre les services du CHU et l'administration,
- L'importance et le rôle du Co.S dans les cliniques de l'hôpital,
- Les réalisations du Co.S et ses limites dans les différents services,

- La fréquentation des structures par les populations, la perception du Programme National de Développement Sanitaire et Social par les médecins.

Des questions fermées avec une marge de réponse limitée ont été utilisées ; les enquêtés devaient répondre par oui ou non. Lorsque nous voulions obtenir plus d'informations, nous avons employé des questions ouvertes pour laisser à la personne interrogée la liberté de s'exprimer et pour avoir une précision de réponse.

Le but de notre questionnaire était en définitive de connaître l'ampleur et le rôle de la PC dans la structure et le degré de conscience des individus sur leur contribution à l'effort de santé.

Le questionnaire nous a permis de mesurer les variables numériques, c'est-à-dire les apports humains, matériels et financiers. A partir de là, il est plus aisé de mettre les indicateurs en corrélations, de ressortir les différentes causalités existant entre les variables que nous avons utilisées. Il nous a aidée à comptabiliser d'une façon hiérarchique les réponses reçues.

Il a donc facilité le traitement et l'analyse des données. Mais, il a comporté également des inconvénients relativement à la superficialité des réponses. Il a impliqué une réduction des phénomènes analysés à ceux de leurs aspects qui sont les plus directement perceptibles. Il a pu appauvrir le contenu de l'observation.

C'est pour pallier ces inconvénients que nous avons utilisé ces deux techniques de façon complémentaire à savoir la méthode qualitative et la méthode quantitative. Elle nous ont conduite à expliquer et à comprendre

l'importance, la portée de la participation des populations pour celles-ci au CHU de Fann et ses conséquences sociales sur les individus.

Ces méthodes utilisées nous ont guidée à répondre à notre question de recherche et à valider nos hypothèses .

A partir de là nous avons choisi un échantillon.

3.3. Echantillonnage global

Selon HENRI MENDRAS : « *L'échantillonnage est une technique par laquelle on sélectionne un certains nombre d'individus au sein de la population de manière que l'échantillon reproduise correctement et à l'échelle réduite la population choisie* »³³.

C'est donc un outil indispensable pour représenter sans biais la majeure partie de la population.

Ainsi, la procédure d'échantillonnage a été menée dans trois directions :

- D'abord le personnel du comité de santé qui comprend le président, le vice-président, le trésorier général,
- Ensuite les membres du comité de co-gestion dont le directeur de l'hôpital, les chefs de services, le représentant des internes, les représentants des deux syndicats (SUTSAS, CNTS), l'intendant.
- Enfin les patients du CHU de Fann.

Nous avons divisé notre population des malades en deux sous-groupes : les usagers externes et les usagers internes.

L'importance des services du CHU de Fann, les entrées et les sorties des malades auraient biaisé notre échantillon ; mais, suite à la pré-enquête et à la consultation du registre des entrées, nous avons remarqué que pendant le premier lundi du mois, le troisième et le dernier, le comité de santé (service d'urgence) recevait en moyenne 40 patients externes. Pour choisir notre échantillon, nous les prenions à mesure qu'ils arrivaient .

Pour les malades internes des différentes cliniques nous en avons choisi 60 partagés entre les services (12 pour chaque) puisque chacune d'elles reçoit en moyenne 30 malades par jour. Ils ont été pris en fonction du meilleur état de santé du malade et lorsqu'ils acceptaient de répondre à nos questions.

³³MENDRAS, H : *Eléments de sociologie*, Armand Colin, 4ème édition, Paris 1996, p61.

Ils ont été choisis de telle sorte qu'il soit remplaçable lorsque dans un sous groupe un patient refusait de répondre à nos questions, nous pouvions en choisir un autre dans le même sous groupe ainsi de suite. Donc, le total de la population interrogée est égal à 100 personnes. Nous espérons qu'il sera représentatif de façon approximative.

Cependant, cette recherche ne s'est pas fait sans difficultés.

3.4. Difficultés rencontrées

Comme dans toute recherche, les difficultés sont apparues. Elles sont inhérentes au manque de documents sur le fonctionnement de l'hôpital et d'ouvrages traitant de la participation communautaire en tant que telle. Cependant des enquêtes approfondies nous ont permis de trouver les éléments dont nous avons besoin.

La mobilité et le manque de temps des chefs de service nous ont beaucoup retardé dans le recueil des données. Pour faire face à cela, nous avons fait plusieurs allées et retours et nous sommes même venue dans la structure à 7 heures du matin pour pouvoir approcher certains d'entre eux afin d'avoir des informations.

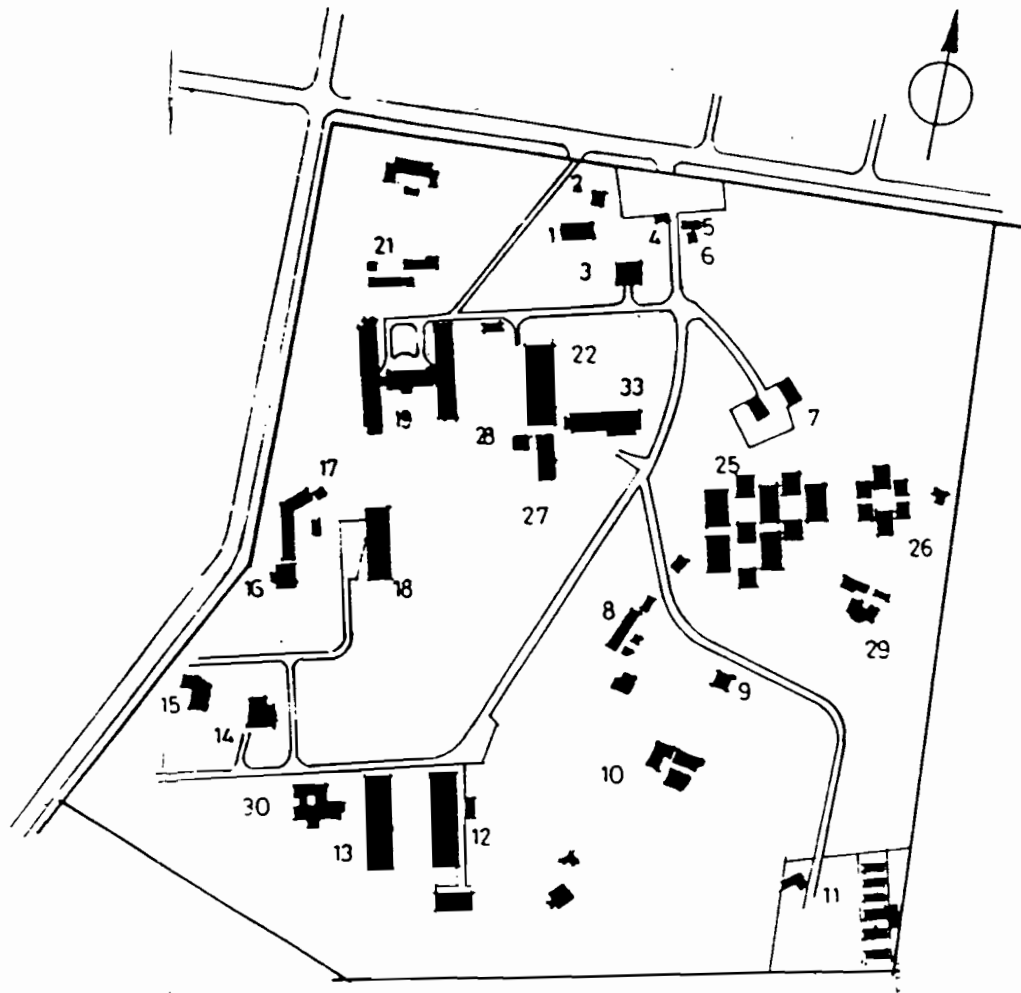
Sur le plan financier, nous n'avons bénéficié d'aucune aide, tous les frais étaient à notre charge pour le transport, la photocopie de certains documents, le traitement informatique etc.

Mais, comme nous n'avons pas le choix, nous nous sommes arrangée avec ce qui était disponible pour faire ce travail.

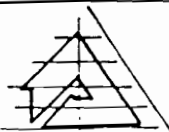
Cette partie est indispensable car c'est d'après elle que notre travail est jugé. Les techniques utilisées sont d'autant plus importantes qu'elles permettent d'approcher les populations sans trop les heurter et d'avoir les informations dont nous avons besoin.

Dans cette recherche, les méthodes utilisées ont été déterminées au départ par le thème choisi.

Notre cadre théorique et nos techniques élaborées, les méthodes définies, nous allons faire la présentation du milieu dans lequel cette étude est effectuée.



- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 - PAVILLON CONSULTATIONS PSYCHIATRIE | 14- DOMICILE DU CHEF DU |
| 2 - ETAT CIVIL | 15- RADIO-NEUROLOGIE-INF |
| 3 - DIRECTION | 16- CENTRE D'APPAREILLAGE |
| 4 - SURVEILLANT GENERAL | 17- SALLE DE REUNIONS |
| 5 - WC | 18- CUISINE |
| 6 - SERVICE ACCUEIL | 19- CLINIQUE MOUSSA DIOP |
| 7 - PHARMACIE | 20- PSYCHIATRIE |
| 8 - ATELIERS | 21- HOSQUE |
| 9 - KEUR KALEYI | 22- NEUROLOGIE |
| 10- DOMICILE CUISINIER - CHEF ATELIER -
GARDIEN HOSQUE | 23- NEURO-CHIRURGIE |
| 11- INSTITUT DE LEPROSERIE APPLIQUEE | 24- RUINES |
| 12- CLINIQUE MALADIES INFECTIEUSES | 25- PEDIATRIE |
| 13- SERVICE PNEURO-PHTISIOLOGIE | 26- VILLAGE DES MERES |
| | 27- REEDUCATION FONCTIONNELLE |
| | 28- SALLE DE PLATRE |
| | 29- LOGEMENT INTENDANT |



CHAPITRE IV : PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE

Ici, nous essayons de montrer la genèse de l'hôpital de Fann, son état actuel à travers l'étude de son fonctionnement et de son organisation dans le but de révéler les différents changements opérés et de mieux le cerner.

4.1. *Historique*

Situé entre la Cité universitaire Cheikh Anta DIOP et la poste de Fann, l'hôpital de Fann a été créé en 1956. Il a une superficie de 37ha dont près du tiers est bâti. Après sa création, il ne fut fonctionnel qu'en 1957 avec le transfert des malades venant de l'asile du Cap-Manuel vers la clinique neuro-psychiatrique de Fann³⁴.

Il eut comme premier médecin-chef le Docteur Jean Rainant. La structure hospitalière a été mis en place comme clinique neurologique de l'hôpital Le Dantec. Peu à peu elle s'est intéressée aux affections du système nerveux³⁵.

Il s'est développé en 1968 avec la construction de nouvelles infrastructures qui en ont fait l'un des hôpitaux les plus importants du pays.

- La clinique pneumo-physiologique est née en 1958.
- La clinique des maladies infectieuses en 1951
- La clinique neuro-chirurgique en 1968
- Le service d'accueil en 1968³⁶.

Après avoir fait l'historique du CHU de Fann, nous allons voir dans quel contexte il évolue actuellement.

³⁴TOURE, O.K : La secrétaire médicale et le secret professionnel dans un service de neurologie au CHU de Fann, rapport de stage.

³⁵BALIQUE, H : Le système hospitalier du Sénégal, Analyse et perspectives (AREFOC), Mai 1996.

³⁶TOURE, O.K : La secrétaire médicale et le secret professionnel dans un service de neurologie au CHU de Fann, rapport de stage.

4.2. Contexte actuel

L'hôpital de Fann fait partie du centre hospitalier et universitaire de Dakar. D'après le Décret du 10 juin 1965, le CHU de Fann a trois missions fondamentales : les soins, la formation et la recherche.

Il est l'un des échelons les plus importants du système de santé du Sénégal et constitue l'un des pôles de référence dans les différents domaines de l'activité médicale. C'est relativement à cela, qu'il vise à diagnostiquer et à soigner toutes personnes quelles qu'elles soient, dont l'état requiert son intervention.

« Il cherche aussi à développer et à valoriser les recherches scientifiques et leurs résultats en liaison avec les autres composantes de l'université Cheikh Anta DIOP de Dakar (UCAD) »³⁷.

C'est pourquoi, il est spécifique par rapport aux hôpitaux régionaux. Il a en son sein un personnel universitaire à savoir les professeurs, les assistants, les internes des hôpitaux indépendamment du personnel administratif et paramédical géré par le Directeur.

Il est sous la tutelle du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, mais les professeurs dépendent du Ministère de l'Education Nationale.

C'est le 3ème hôpital du Sénégal après Le Dantec et Principal. Ses services ont été construits progressivement jusqu'en 1968. Il a une capacité d'accueil en principe de 580 lits. Ses cliniques sont spécialisées dans les affections du système nerveux (psychiatrie adultes, pédopsychiatrie, neurologie et neuro-chirurgie) et de la pathologie infectieuse (maladies infectieuses et pneumo-phtisiologie).

Il a également quatre services médico-techniques, des services techniques et administratifs et autres services généraux. Outre ceux-là, la structure abrite en son sein :

- L'hôpital d'enfants Albert Royer,
- L'Institut de Léprologie Appliquée de Dakar (Pavillon de Malte),
- Le Centre Bucco-dentaire, qui ne dépend pas de l'administration du CHU de Fann.

L'hôpital a perdu progressivement ses capacités techniques par manque de moyens. Il n'a pas été l'objet de gros investissements à part la restauration de la clinique des maladies infectieuses et celle de la pneumo-phtisiologie qui est en chantier en ce moment.

³⁷MSAS, BAD : Statut juridique du CHU, 2ème partie : règles et fonctionnement .

L'état général de la structure laisse beaucoup à désirer ; elle est devenue vétuste sur tous les plans : équipements, infrastructures etc. Ce qui par conséquent rend les prestations passables. Fann qui est un CHU doit bénéficier des dernières innovations en matériels médico-techniques pour la recherche et la meilleure prise en charge des malades.

Alors, comment est organisée l'institution qu'est le CHU de Fann ?

4.3 Analyse institutionnelle

Elle est indispensable pour la compréhension de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital de Fann. Elle nous permet de connaître les difficultés auxquelles l'institution fait face et de mettre au point des stratégies pour contourner ses insuffisances et défaillances.

L'établissement compte 5 cliniques, 4 services médico-techniques des services techniques et administratifs et autres services généraux.

4.3.1 LES CLINIQUES

Le CHU de Fann comporte 5 cliniques dont :

- La psychiatrie adulte et pédo-psychiatrie,
- La neurologie,
- La neuro-chirurgie,
- Les maladies infectieuses,
- La pneumo-phtisiologie.

Elles sont toutes dirigées par des professeurs titulaires de chaire qui en sont les médecins-chefs. Certains de ces services disposent de leurs propres laboratoires et radiologies.

La psychiatrie est la « parente pauvre » du CHU de Fann. Il est bon de rappeler qu'à l'origine, l'unité était conçue pour une population de 100.000 à 200.000 habitants, or la ville de Dakar connaît aujourd'hui un accroissement sans précédent et le service de psychiatrie accueille non seulement les malades de la région de Dakar, mais aussi la demande résiduelle des autres régions.

Etant donné que le centre psychiatrie de Thiaroye ne joue plus son rôle de structure de relais, le service psychiatrique de Fann a atteint le

seuil de saturation et se trouve confronté à un problème d'engorgement des structures aggravé par la dégradation des infrastructures.

Les problèmes d'ordre matériel et fonctionnel ont lourdement handicapé le fonctionnement du service au point où la capacité optimale d'hospitalisation est passée de 120 à 60 lits seulement.

La neurologie comprend 65 lits dont 10 de réanimation. Elle effectue 9000 consultations et hospitalise 850 malades par an. Elle traite des maladies cardio-vasculaires et des affections du système nerveux.

C'est un service à vocation sous-régionale, il est composé d'un :

- Département de neuro-radiologie
- Département de neuro-physiologie équipé d'électro-encéphalographe (30 par jours) et d'électro-myographe (10 par jour),
- Département de rééducation fonctionnelle,
- Laboratoire de neuro-pathologie,
- Laboratoire de biologie.

C'est une clinique qui forme des spécialistes du système nerveux venant de toute l'Afrique.

La neurologie est confronté à des problèmes fonctionnels liés à l'absence de plateau technique et à la vétusté des réseaux (eau, assainissement.)

Outre la capacité du service nettement insuffisant, les locaux sont dans un état d'insalubrité (toilettes, locaux communs) tel qu'il est difficile d'y exercer une pratique hospitalière dans les conditions d'hygiène minimum.

D'autre part le service de réanimation de la neurologie reste sous-équipé et sa structuration spatiale et l'état de ses équipements ne permettent pas d'exercer une médecine de pointe.

En ce qui concerne la neuro-chirurgie, c'est l'un des deux seuls services de ce type en Afrique de l'Ouest (le second se trouve à Abidjan). Elle joue un rôle majeur au niveau sous-régional dans la formation médicale . Ce service compte 42 lits dont 8 de réanimation et de 2 salles d'hospitalisation, celle des enfants est fermée depuis 8 ans.

Le réseau d'évacuation des sanitaires de l'étage traverse les planchers des salles d'opération et de stérilisation ; les défauts du réseau provoquent des infiltrations d'eau à travers les planchers, rendant ainsi impossible la poursuite d'intervention chirurgicale dans les conditions d'asepsie actuelles.

Quant au service des maladies infectieuses, les consultations sont organisées au rez de chaussée de l'édifice posant d'énormes problèmes

d'ordre fonctionnel et spatial lié à l'exiguïté des locaux. En ce qui concerne les hospitalisations, la clinique est aujourd'hui confrontée à un déficit sans cesse croissant des besoins en lits et en équipements d'hébergement.

Le service des maladies infectieuses a bénéficié d'une réfection complète de ses bâtiments grâce à l'AGETIP (Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public.) Cependant, la maintenance n'est pas assurée convenablement. Il a un service de radiologie et de biologie. Il accueille des patients souffrant de maladies sexuellement transmissibles (MST), du Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis (SIDA) etc.

La clinique de pneumo-physiologie est fermée depuis un an, mais elle fonctionne partiellement. Ce service est handicapé dans son fonctionnement par la dégradation de ses locaux due au manque d'entretien et à la saturation permanente des structures d'accueil par le déficit en équipement médical essentiellement destiné aux diagnostics et à la thérapie pneumo-physiologie. Elle est en train d'être rénovée avec l'aide de la Loterie Nationale Sénégalaise (LONASE)³⁸.

Les services médicaux de l'hôpital de Fann ont tous besoin d'être réfectionnés à part celui des maladies infectieuses, les équipements sont à renouveler.

Sur le plan financier, leur principale source provient du budget alloué par l'Etat au centre. Ainsi, chaque chef de service remet une liste de ses besoins (personnel, médicaments, films radiographiques, réactifs...) et priorités à la direction à charge de leur fournir les moyens adéquats pour fonctionner normalement. Mais ce budget ne suffisant pas, les médecins-chefs font appel à l'université, au comité de santé, à la société civile et aux organisations non gouvernementales (ONG).

Le CHU de Fann dispose de 13% soit 108.000.000 de Fcfa de l'enveloppe globale affectée aux dépenses des formations hospitalières³⁹.

Dès lors il se pose le problème de l'adéquation entre les moyens disponibles et les missions assignées au centre. Cette faiblesse financière retarde la satisfaction des commandes en matériels et l'approvisionnement en médicaments dans les plus brefs délais. Par conséquent, les capacités des structures sont sous-utilisées. Cependant,

³⁸ Source, Enquête, Directeur du CHU, Médecins-chefs.

³⁹ Source, Idem.

avec la mise en place du comité de santé, certains changements se font progressivement.

En ce qui concerne les ressources humaines, elles appartiennent à l'université : 38 médecins (20 professeurs agrégés et 18 assistants) et à la fonction publique : 169 dont 4 médecins. Elles sont réparties dans les différents services. Mais, les médecins-chefs ignorent l'autorité de l'administration en place ; car selon l'article 2 du décret n°65-93 du 10 juin 1965,

« la Faculté de Médecine et de Pharmacie d'une part, les établissements hospitaliers d'autre part, conservent leur statut juridique, leur régime financier, leurs organes d'administration et leur réglementation respectifs, sous réserve des dispositions du présent décret et du décret relatif au personnel enseignant hospitalier »⁴⁰.

L'application de cette disposition a fait surgir des problèmes parce que l'hôpital de Fann n'a pas de personnalité juridique, il est composé de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Dakar qui est un établissement doté de la personnalité morale et de l'administration hospitalière qui est un simple service public. Cet état de fait entraîne un chevauchement de textes et de statuts.

La double tutelle exercée par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Education Nationale est source d'innombrables entraves au fonctionnement de la structure. Elle pose le problème de :

- La hiérarchie entre le corps médical et hospitalier.

A la question quels sont vos rapports avec l'administration du CHU de Fann certains chefs de service répondent : « nous n'avons aucun compte à lui rendre, les rapports sont neutres ». Par exemple, quand certains professeurs s'absentent, ils n'avisent pas la direction.

Le médecin-chef est tenu de veiller au bon fonctionnement de son service, il en est le maître, il est le seul habilité à y prendre des décisions. Il a une marge de liberté conférée par l'article 2 du décret n°65-393 du 10 juin 1965 ⁴¹ parce qu'il est sous la tutelle du Ministère de l'Education Nationale.

C'est dans ce cadre que MICHEL CROZIER dit :

« ... chaque groupe et chaque individu tient à être traité par l'organisation et par les autres selon des règles totalement codifiées et

⁴⁰ MSAS , BAD : Statut juridique du CHU, 2ème partie : définition et règle de fonctionnement.

⁴¹ Ibidem.

prévisibles : il veut avoir une sécurité complète de carrière et savoir quels règlements appliquer dans son travail pour que personne ne puisse contrôler ni son travail, ni sa carrière et acquérir par-là une liberté et une autonomie complètes ».⁴²

Certains médecins-chefs évoluent de cette façon dans la structure parce qu'ils estiment n'avoir pas de compte à rendre à l'administration, leurs rapports sont neutres, sans hiérarchie car ils sont chefs de leur service.

Alors que pour l'administration de l'hôpital tout le personnel médical, paramédical et administratif est sous les ordres du directeur qui est le chef de l'établissement.

- Le statut du personnel n'est pas uniforme.

En effet, le recrutement échappe complètement à la direction, il dépend du Ministère de la Fonction publique et se fait en fonction des contraintes d'ordre macro-économiques. Egalement, les professeurs chefs de cliniques ont en charge leur personnel et le matériel.

En tant que chef du service, leur pouvoir hiérarchique s'exerce aussi sur les médecins, les para-médicaux et les subalternes. Cette organisation des services médicaux du CHU de Fann est régie par la hiérarchie horizontal.

Cependant, un projet pour la rédéfinition du statut juridique est en cours. Il servira à réhabiliter la hiérarchie verticale pour rendre effective l'autorité du directeur de l'hôpital qui aura la compétence d'exercer son pouvoir hiérarchique, dans la limite de ses attributions, sous l'ensemble du personnel.

Ainsi,

« le personnel de l'hôpital, notamment le corps enseignant devra être soumis à l'autorité du directeur, « autorité territorialement compétente » dans la limite géographique de l'établissement hospitalier et dans le respect des règles déontologiques et de l'indépendance professionnelle »⁴³.

Donc, comment fonctionnent les services médico-techniques ?

⁴²CROZIER, M, FRIEDBERG, E : L'acteur et le système - Les contraintes de l'action collective, Paris, Seuil, 1977 p175

⁴³MSAS, BAD : Statut juridique du CHU, 2ème partie : définition et règles de fonctionnement p7.

4.3.2 LES SERVICES MEDICO-TECHNIQUES

Ils sont au nombre de 4 :

- Le laboratoire de biologie/biochimie
- Le laboratoire de bactériologie
- Le laboratoire de parasitologie
- Le laboratoire de neuro-physiologie

Il y également trois services de radiologie :

- Une radiologie générale
- Un service de neuro-radiologie
- Un service de kinésithérapie

L'hôpital a aussi une pharmacie.

Les services médico-techniques desservent toute la structure ; mais ne suffisent pas à faire face à la demande. Ils sont confrontés à des difficultés de fournitures en matériels médicaux (films, fixateurs, révélateurs, réactifs...) pour faire fonctionner la radiologie et les laboratoires. Le point faible du CHU de Fann se situe au niveau du plateau technique. Les laboratoires dispersés dans les différents services sont sous équipés et leur fonctionnement est régulièrement perturbé par les ruptures de stock de consommables.

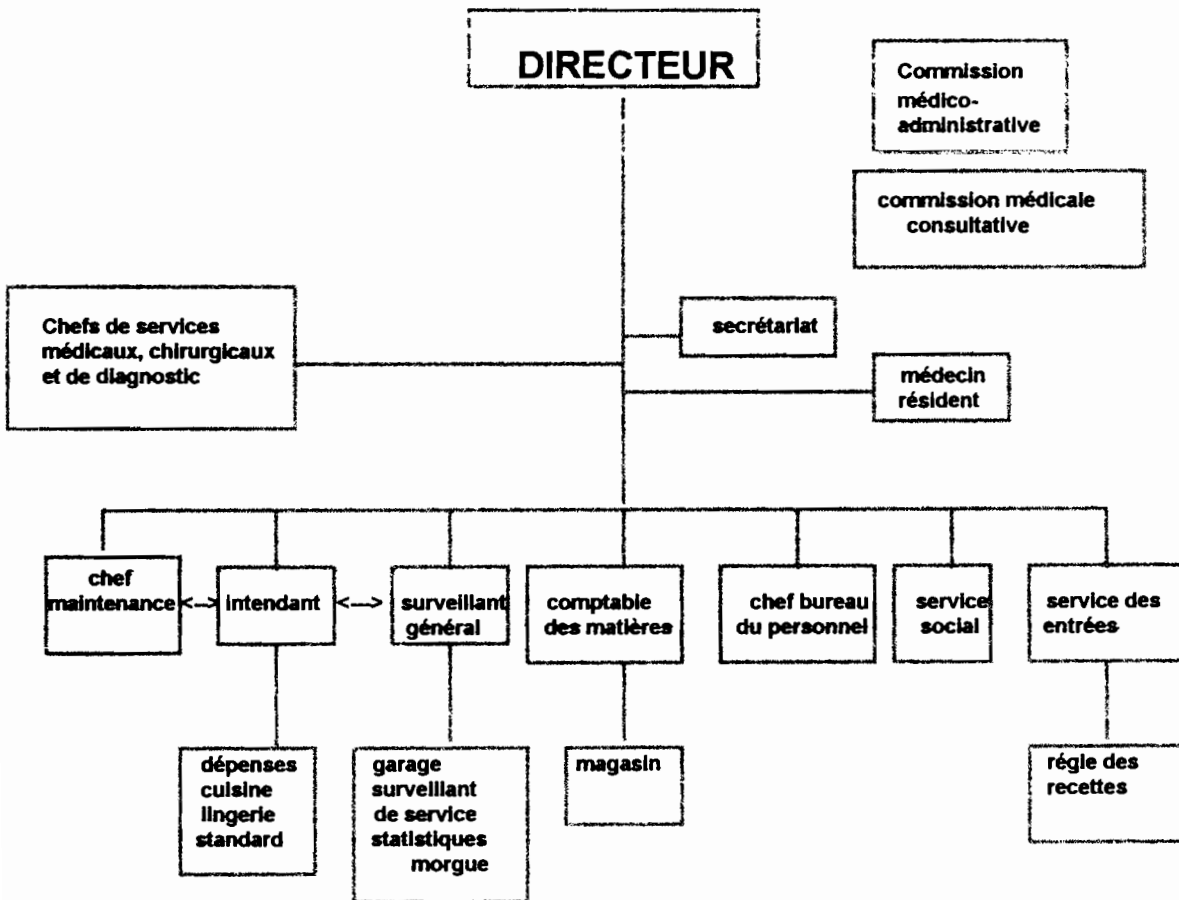
La pharmacie quant à elle, a intégré l'Initiative de Bamako pour faciliter l'accès aux médicaments à la population.

Ils puisent tous dans le budget de fonctionnement du CHU de Fann et dans l'appui du comité de santé. Le personnel dépend de leur chef de service et est sous la tutelle du Ministère de l'Education Nationale (MEN), et du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS).

Qu'en est-il alors des services techniques et administratifs ?

4.3.3 LES SERVICES TECHNIQUES ET ADMINISTRATIFS

ORGANIGRAMME DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE FANN



-----> collaboration

————— subordination

Source : Directeur du CHU de Fann , Mr. Falilou DIOP

Ils sont composés de :

- La direction
- La surveillance générale
- La comptabilité des matières
- Le service du personnel
- L'intendance
- La maintenance
- Le service social
- Le bureau des entrées et de la régie des recettes.

Le directeur du CHU de Fann a reçu une formation d'administrateur, d'infirmier d'Etat et de directeur d'hôpital. Par conséquent, c'est un familier des milieux hospitaliers surtout qu'il a été intendant de la structure de 1982 à 1986 ; donc il la connaît bien.

Il est nommé par arrêté du Ministère de la Santé. Il est à la tête de l'établissement et veille à l'application des directives du MSAS pour le fonctionnement harmonieux de ses services. Il a un pouvoir de décision dans tout ce qui concerne la bonne marche de l'hôpital. A cet effet, il prend dans la limite de ses attributions, toutes décisions et initiatives nécessaires à la structure.

Il dirige les services techniques et administratifs, il est secondé dans son travail par :

- La surveillance générale qui est chargé de superviser le surveillant et le personnel de service, et la morgue.

- La comptabilité matières qui s'occupe de la fourniture en matériels bureautiques

- le service du personnel qui gère le personnel administratif, technique, le personnel de service et autres.

- L'intendance qui prend en charge le stock, l'approvisionnement, la cuisine, l'hôtellerie, la lingerie et le standard.

- La maintenance qui instruit tous les achats et réparations, prend soin également de l'entretien du matériel médico-technique, des locaux et de l'aménagement des services de l'hôpital.

- Le service social qui coordonne les activités sociales du centre, assiste les indigents en leur offrant aide et protection.

- Le service d'accueil qui s'occupe des urgences et gère les recettes obtenues ; le comité de santé est installé dans ses locaux.

Qu'en est-il des autres services ?

4.3.4 AUTRES SERVICES GENERAUX

Le reste des services concerne :

- La cuisine,
- La lingerie,
- la morgue.

Ils sont tous gérés par l'intendance de l'hôpital. Cependant, la cuisine souffre du manque d'entretien. Le système d'évacuation des eaux usées et des eaux pluviales hors-service provoque en permanence l'inondation du sous-sol de la cuisine qui reste inutilisable.

Quant à la lingerie, elle n'est pas encore fonctionnelle. La morgue, est aussi concernée par le déficit d'agents sanitaires.

Tous les services cités entretiennent entre eux soit des rapports de subordinations, soit de collaboration cf : organigramme du CHU de Fann. L'analyse institutionnelle de Fann montre que le cadre organisationnel et fonctionnel pose des problèmes confirmés par la situation actuelle de la structure.

Il est vrai que l'article 1er du décret du 10 juin 1965 stipule que :

« la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Dakar et les Centres hospitaliers de Dakar, organisent conjointement en un Centre de soins, d'enseignement et de recherche qui prend le nom de Centre hospitalier et universitaire de Dakar. ... »⁴⁴

Or, ces deux structures n'ont pas la même législation, car l'université a une personnalité juridique et les centres hospitaliers sont des services publics.

Par conséquent, le fonctionnement du CHU de Fann se révèle défaillant ; les relations hiérarchiques entre l'administration hospitalière et le corps professoral qui dirige les services médicaux sont conflictuelles. Donc dès le départ, les rapports de collaboration qui devaient exister sont faussés.

La Commission médico-administrative et la Commission médicale consultative sont mises en place pour gérer les conflits et permettre au CHU de Fann de remplir ses missions. Cependant aucune d'elles ne joue le rôle qui lui est assigné, elles ne fonctionnent presque pas.

Autant de difficultés liées également au manque de moyens financiers matériels et techniques ralentissent les objectifs de l'hôpital qui sont : la promotion de l'individu, de la famille et de la collectivité, la prise en charge des malades en leur offrant des soins et des services de qualité.

⁴⁴ MSAS, BAD : Statut juridique du CHU, 2ème partie : définition et règles de fonctionnement

Mais heureusement, avec la nouvelle réforme issue de la décentralisation, l'établissement hospitalier de Fann pourra devenir une structure autonome avec un statut juridique bien déterminé dans lequel les rôles et places de chaque membre du personnel sera déterminé.

Une fois le cadre théorique établi, nous allons faire une présentation du système de santé qui est indispensable pour connaître sur quoi repose la santé, expliquer l'origine et la base de la participation communautaire au Sénégal ; et par ailleurs placer le CHU de Fann - dans lequel nous avons pris notre échantillon - dans cet édifice pour voir à quel niveau il se situe, son importance et son rôle pour les populations.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL ET PLACE DU CHU DE FANN DANS CE SYSTEME

Cette partie est consacrée à la présentation du système de santé du Sénégal. Elle est indispensable parce qu'elle permet d'expliquer et de faire comprendre les difficultés auxquelles celui-ci est confronté, les efforts consentis pour l'améliorer. Ensuite, nous allons montrer la place du CHU de Fann dans ce système et comment celui-ci est parvenu à intégrer la PC en son sein.

Cette étude s'est fait en analysant l'organisation du système, l'état de santé des populations, la politique de santé et enfin la participation communautaire au Sénégal.

CHAPITRE V : LE SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL

Un système de santé peut être défini largement

« ... comme le tout cohérent de nombreux éléments interdépendants, tant sectoriels qu'intersectoriels, ainsi que la collectivité elle-même, qui produisent un effet combiné sur la santé de la population. Un système de santé doit se composer de parties coordonnées et s'étendre au foyer, au lieu de travail, à l'école et à la collectivité »⁴⁵.

Donc, celui-ci est présent à tous les niveaux de la vie pour conscientiser les individus et leur assurer des soins corrects dans un cadre approprié, adapté aux réalités locales. C'est pourquoi, durant ces dernières décennies, des efforts ont été consentis pour améliorer la situation sanitaire.

Or, face à la croissance démographique, à l'étendue des besoins, l'insuffisance des ressources nationales allouées à la santé est frappante. Cette situation a fini par déstabiliser le système de santé du pays. Celui-ci souffre d'un profond déséquilibre lié à l'inégale répartition des services surtout entre milieux urbain et rural, à la pénurie de personnel médical et au déficit des ressources financières.

Afin de mieux cerner le système de santé, nous allons décrire et analyser son mode d'organisation.

5.1. L'organisation du système de santé⁴⁶

Le système de santé du Sénégal comporte deux secteurs : le public et le privé. Il comprend l'ensemble des services administratifs et des structures sanitaires dépendant du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

Le MSAS a pour mission la mise en oeuvre et l'application de la politique du gouvernement en matière de santé.

⁴⁵ Cahiers de Santé Publique : Appui des systèmes de santé aux SSP. Etudes basées sur les discussions techniques tenues pendant la 34^{ème} Assemblée Mondiale de la santé, OMS, Genève 1981.

⁴⁶ Echos de la Santé : Quand la santé consulte ... et se soigne, n°5, Août - Septembre 1995.

Le système de santé (SS) est organisé relativement au découpage administratif du pays et s'appuie sur les Soins de Santé Primaires (SSP). Le SS public a une forme pyramidale avec à la base, les structures communautaires rurales (maternités et cases de santé) dirigées par des agents de santé communautaire, réalisées et gérées par les populations.

Ensuite, viennent les postes de santé (PS) situés dans les chefs-lieux d'arrondissements ou de communautés rurales. Ils sont dirigés par des infirmiers-chefs de postes. Les structures communautaires et les postes de santé dispensent les SSP.

Puis, nous avons les centres de santé (CS) qui sont essentiels dans le système du fait de leur polyvalence. Ils sont installés en général dans les chefs-lieux de départements. ils donnent des soins de second niveau et c'est un médecin qui s'en charge.

L'hôpital régional est installé dans la capitale régionale ; il prend en charge les malades qui ne peuvent être soignés par les CS.

Au sommet, on trouve les hôpitaux nationaux du centre hospitalier et universitaire qui donnent des soins spécialisés ainsi que les institutions et les services nationaux.

Schéma du système de santé du Sénégal⁴⁷

Niveau administratif

Hôpitaux nationaux du CHU----->	Capitale nationale
Hôpitaux régionaux ----->	Capitale régionale
Centres de santé ----->	Départements
Postes de santé ----->	Arrondissements communautés rurales
Cases de santé et maternités rurales ----->	Villages

⁴⁷ Source Enquête, Direction de la planification : travaux préparatoires du 19ème plan , phase - diagnostic : Bilan sectoriel de la Santé et de l'Action Sociale, Septembre 1995.

Quant au système de santé privé, il est surtout basé à Dakar et est compris par le privé lucratif, le privé non lucratif et la médecine traditionnelle .

Les hôpitaux, les cabinets médicaux et dentaires, les cliniques, les officines de pharmacies et les infirmeries sont gérés par le privé lucratif.

Le privé non lucratif est composé de l'hôpital Saint-Jean de Dieu et des postes de santé catholiques, le dispensaire ophtalmologique de Bopp, les cabinets d'entreprises.

La médecine traditionnelle est un système informel et non reconnu par le code de déontologie médicale. Elle joue un rôle important dans la santé des populations et des efforts sont faits pour son intégration dans le système de santé (SIDA et Médecine Traditionnelle).

Le système sanitaire du pays a un patrimoine socio-sanitaire bâti assez important.

En 1993, il a été dénombré 1665 cases de santé, 476 maternités rurales, 38 centres de protection et de réinsertion sociale (CPRS) ainsi que 750 postes de santé dont 76 privés soit 1 poste de santé pour 11.000 habitants.

Il y a 52 centres de santé soit 1 pour 152.000 habitants. Le pays compte également 10 hôpitaux régionaux dont un hôpital régional pour 611.000 habitants. Quant au CHU , il dénombre 7 hôpitaux tous placés à Dakar.

Le système de santé comprend aussi :

- 10 secteurs des grandes endémies
- 1 service national d'hygiène avec 10 brigades régionales et 30 sous brigades départementales
- 66 centres de santé maternelle et infantile et de planification familiale (SMI/PF)
- 1 centre national d'appareillage et d'orthopédie
- 1 centre d'éducation et de réadaptation pour enfants handicapés physiques
- 1 centre national de transfusion sanguine
- Les structures relevant d'autres ministères dont 2 hôpitaux, 28 centres, des infirmeries etc.
- Les structures du privé avec 52 cliniques, 415 cabinets médicaux et 8 laboratoires d'analyse médicale pour le privé lucratif, un hôpital, 72 postes de santé et plusieurs infirmeries pour le non lucratif.

Quant au secteur pharmaceutique public, il se compose de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA qui fournit les médicaments aux hôpitaux), de 5 pharmacies régionales (à Dakar,

Kaolack, Saint-Louis, Tambacounda et Ziguinchor) et les dépôts de médicaments des établissements sanitaires publics.

En ce qui concerne le privé, il y a 3 unités de production de médicaments, 3 grossistes - répartiteurs, 245 officines de pharmacie et 225 dépôts de médicaments.

Malgré l'importance de ces infrastructures, la demande est supérieure à l'offre. Celles-ci sont confrontées à la vétusté et au manque d'équipements de spécialité. Le plateau technique est insuffisant à assurer les prestations requises pour les populations.

Le système de santé est caractérisé par l'inégalité dans la répartition des ressources. Le Ministère de la Santé rencontre des difficultés pour fournir à toutes ses structures un équipement adéquat. Il faut préciser que malgré la croissance démographique, peu d'infrastructures ont été construites pour faire face à la demande en hausse.

Cependant le Programme de Développement des Ressources Humaines (PDRH1) contribue à l'équipement des centres de santé de référence.

A partir de 1991, l'état a mis en place une Division des Infrastructures, de l'Équipement et de la Maintenance (DIEM) pour le niveau central et des Services Techniques de Maintenance (STM) sur le plan régional.

Les infrastructures sanitaires sont de même caractérisées par une mauvaise répartition ; la majorité des hôpitaux (12/17) est située à Dakar (7), Saint-Louis (3) et Thiès (2), alors que Fatick et Kolda n'en ont pas.

Le SS du pays est également confronté à un manque chronique de personnel ; ni les démissions, ni les décès, ni les retraites, ni les départs ne sont remplacés. Certaines structures sanitaires sont même fermées faute de médecins. Il y a une décroissance des ressources humaines car entre 1989 et 1994 de 5.904 agents, les effectifs du Ministère sont passés à 4.773 répartis ainsi :

- 259 médecins
- 41 pharmaciens
- 28 chirurgiens-dentistes
- 265 techniciens supérieurs
- 612 sages-femmes

- 919 infirmiers d'Etat
- 1069 agents sanitaires
- 284 assistants et aides sociaux⁴⁸.

On constate donc, une baisse notable du personnel de santé qui s'explique par les restrictions budgétaires (P.A.S. et dévaluation du F.CFA) . La norme de l'OMS qui est 1 médecin pour 10.000 habitants n'est pas atteinte. Le déficit en pharmacien, chirurgiens-dentistes et spécialistes est plus prononcé.

Ainsi, le Ministère de la Santé estime ses besoins en 1714 agents.

Le personnel sanitaire est très mal réparti, la plupart des spécialistes du privé comme du public (CHU surtout) travaillent à Dakar, les structures n'ont pas assez d'agents. Ce qui crée un dysfonctionnement de la pyramide de la santé et augmente la fréquentation des hôpitaux nationaux. Il en résulte malheureusement un engorgement des établissements hospitaliers avec une mauvaise prestation des services et l'abandon des hôpitaux de référence régionaux.

Pour lutter contre cela, il s'agit de développer les ressources humaines au plan quantitatif et qualitatif par la formation d'agents et une motivation afin qu'ils puissent travailler dans de bonnes conditions.

Le développement sanitaire ne peut se faire sans l'analyse de l'état de santé des populations.

5.2. *Etat sanitaire des populations* ⁴⁹

Après l'indépendance, l'amélioration de l'état de santé des populations était flagrante avec la disparition des grands fléaux. L'espérance de vie est passée entre 1960 et 1988 de 38 à 48 ans (EDS1, 1986) . A cette même période la mortalité a diminué de 25 à 18 pour 1000.

Entre 1981 - 1986, le taux de mortalité infantile (TMI) pour les enfants de moins d'un an était à 86 pour 1000 et pour ceux de 0 à 5 ans, le taux de mortalité infanto-juvénile (TMIJ) était à 191 pour 1000 (EDS1 1986).

Cependant, grâce à l'amélioration du cadre de vie et la mise en place du Programme Elargi de Vaccination (PEV), les TMI et les TMIJ ont baissé

⁴⁸ Direction de la Planification, travaux préparatoires du 11ème plan, Phase - diagnostic : bilan sectoriel de la Santé et de l' Action Sociale.

⁴⁹MSAS : Déclaration de la politique nationale de santé, Juin 1989, 50p.

de 68 pour 1000 et 131 pour 1000 en zone urbaine et 248 pour 1000 en zone rurale (EDS2, 1993).

La population du Sénégal estimée à 8,3 millions d'habitants, continue à s'accroître à un taux annuel de 2,9% . Le taux total de fécondité est de 6 enfants par femme et la mortalité maternelle reste élevée avec 510 morts maternelles pour 500.000 naissances vivantes ⁵⁰. Donc, malgré les améliorations récemment observées, il reste beaucoup à faire. Les maladies diarrhéiques, le paludisme, les affections respiratoires, les maladies de la peau, la malnutrition, les toxicomanies et les grossesses à risque demeurent encore de réels problèmes de santé. A cela s'ajoute l'émergence de nouvelles maladies : maladies cardiovasculaires, les MST en particulier le SIDA et les affections liées à la pollution de l'environnement.

La crise économique avec la dévaluation du FCFA a accentué les problèmes sociaux ; le budget des ménages s'est réduit, ce qui a eu pour conséquence le développement de la pauvreté et de la misère. Ainsi, les défis qui attendent le Sénégal demeurent substantiels malgré les efforts progressifs consentis à l'amélioration de la santé des populations. C'est pourquoi, le gouvernement a décidé d'adopter une politique de santé afin que les individus de toutes les couches sociales puissent bénéficier des soins de santé élémentaires.

5.3. La politique actuelle de santé

Depuis les indépendances, des dépenses importantes ont été consenties par l'Etat pour une meilleure couverture sanitaire des populations. Mais le niveau de bien-être souhaité n'était pas encore atteint. C'est dans ce cadre qu'a eu lieu en 1978 la Déclaration d'Alma-Ata qui valorisait les soins de santé primaires (SSP). Cette conférence a dégagé des stratégies pour atteindre la santé pour tous d'ici l'an 2000 (SPT/2000). Malheureusement, la crise économique et les P.A.S. des années 1980 ont créé une rupture dans la mise en place et la réussite des SSP avec la restriction du budget de la santé.

C'est ainsi que, le Ministère de la Santé a défini en Juin 1989 une Politique Nationale de Santé (PNS) qui a été adoptée en Août 1991. A cet

⁵⁰MSAS , étude réalisée sous la direction de IBRAHIMA SALL : Population et décentralisation des services de santé au Sénégal : Approche participative, rapport provisoire, Dakar Octobre 1996.

effet , il a été mis sur pied un programme fondé sur un certain nombre d'axes essentiels. La prévention est combinée aux soins curatifs pour aller au-delà des maladies. Les populations sont éduquées sensibilisées afin de leur donner des réflexes sanitaires pour se protéger. Ainsi certaines ressources sont consacrées à la prise en charge des malades indigents.

La pyramide sanitaire est redynamisée pour que les hôpitaux deviennent des références. Les populations sont impliquées dans les problèmes de santé par leur participation financière et dans la gestion des structures sanitaires. Ils s'est agi pour le MSAS de permettre aux collectivités d'accéder aux médicaments à un coût moindre grâce à la mise en place des médicaments essentiels (ME) .

La P.N.S. a comme objectifs le renforcement de la gestion et la formation d'un personnel compétent dans le but d'améliorer la couverture sanitaire et de promouvoir la santé. Elle cherchait à ce que l'Etat augmente de 0,5% par an le budget de la santé . Elle visait à assainir la co-gestion des comités de santé, à harmoniser l'intervention des bailleurs de fonds et à amener les collectivités à consacrer une partie de leur budget à assurer leur bien-être.

C'est pourquoi un document a été établi sous le nom des Nouvelles Orientations de la Politique de Santé et d'Action Sociale dans lesquelles un travail est fait à la base pour un plan national de développement sanitaire couvrant 10 ans. C'est ainsi que 237 milliards ont été alloués au MSAS par les partenaires au développement, les Organisations non Gouvernementales ont signé une convention pour le recrutement du personnel ⁵¹.

La politique de santé n'est pas statique, elle a une volonté réelle de progresser et d'apporter des améliorations au bien-être des individus. C'est relativement à cela, qu'un plan de recrutement annuel de 10 médecins, 91 agents sanitaires a été mis sur place avec un budget de 10 millions de FCFA ⁵².

Les difficultés qui assaillent le secteur de la santé sont réelles, il n'en demeure pas moins que ses handicaps seront notablement amoindris avec la participation des populations. Il s'agit dès lors de les

⁵¹Emission Pile et Face avec le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale Mr. O. NGOM le 18.06.1997 à 20 h 55mn.

⁵²Idem.

impliquer dans la recherche des solutions pour leur assurer de meilleures conditions de vie par des initiatives appropriées.

5.4. *La participation des populations au sénégal*

Les décideurs sénégalais sont de plus en plus conscients de la nécessité d'impliquer la communauté dans les problèmes de santé. Il s'agit de s'occuper au quotidien de l'état sanitaire des populations pour l'améliorer. Ce faisant, l'Etat participe d'un côté et de l'autre les populations et les partenaires au développement.

Au niveau des villages, des quartiers, des hôpitaux des comités sont créés pour assurer la contribution des communautés sur le plan de la planification et de la mise en oeuvre des programmes de santé. La participation des individus est fort appréciable bien que lente ; elle s'est matérialisée par la construction d'infrastructures (551 maternités rurales, 1170 cases de santé)⁵³.

Elle inclut également une campagne de mobilisation et de sensibilisation sur les mesures d'hygiène et les réflexes de propreté. Elle a permis de recruter du personnel contractuel. En 1996, elle a aussi largement dépassé la dotation de l'Etat : 2.368.495.461 FCFA.

Le but de cette participation consiste à ce que les populations se prennent en charge elles-mêmes et créent des initiatives qui leur permettent à travers des structures de développement d'appréhender l'essentiel de leur problème de santé, des difficultés socio-économiques et d'apprécier leurs propres efforts.

En faisant participer les populations, les pouvoirs publics visent à les responsabiliser dans la gestion du système de santé. Elles assurent pour une grande part le financement des activités dévolues aux postes de santé, contribuent au fonctionnement des centres de santé et des hôpitaux.

Les recettes issues de la PC viennent de la vente des médicaments essentiels, de l'achat par les malades des tickets de consultation. Ainsi, en 1995 un fonds a été disponible grâce à la contribution des communautés.

⁵³Statistiques sanitaires et démographiques, 1994 - 1995, Juillet 1996.

TABLEAU N°1 : FONDS DISPONIBLES ISSUS DE LA PC EN 1995⁵⁴

Régions	Reliquat au 31.12.94	Recettes	Disponible Totale
Dakar	116.860.302	574.349.103	691.209.405
Diourbel	38.376.894	158.450.044	196.826.938
Fatick	44.832.248	132.326.602	177.158.850
Kaolack	105.288.750	228.840.039	334.128.789
Kolda	44.609.148	162.997.523	207.606.671
Louga	72.076.482	223.688.578	295.765.060
Saint-Louis	144.406.426	240.714.269	385.120.695
Tambacounda	43.723.741	261.507.161	305.226.193
Thiès	45.723.741	203.902.161	249.625.902
Ziguinchor	76.668.781	181.720.036	258.388.817
TOTAL	732.561.859	2.368.495.461	3.101.057.320

La lecture de ce tableau nous révèle l'importance de l'apport des individus dans le fonctionnement des structures sanitaires et de l'auto-prise en charge de leur santé, malgré le peu de moyens dont ils disposent pour faire face aux problèmes quotidiens. D'autant plus que depuis la dévaluation du FCFA, les ménages sénégalais sont confrontés à des difficultés financières pour subvenir à leurs besoins élémentaires.

L'analyse du système de santé du Sénégal a fait ressortir les défaillances qui lui sont propres en ce qui concerne les moyens financiers, les équipements, les infrastructures et le personnel médical. Les solutions proposées qui consistent à faire participer les populations semblent être la seule alternative possible pour le développement sanitaire du pays.

Par ailleurs, quelle est la place du CHU de Fann dans cet édifice ?

⁵⁴Enquête Division des soins de santé primaires : Participation financière de la population dans le cadre de l'Initiative de Bamako, Bilan 1995, 9p.

CHAPITRE VI : PLACE DU CHU DE FANN DANS LE SYSTEME DE SANTE DU SENEGAL

Ici, nous cherchons à établir la place du CHU de Fann dans le système de santé du Sénégal. Pour cela, nous essayons de voir ses objectifs de recherches, les ressources humaines et financières et d'analyser ses infrastructures et équipements.

6.1. *Le CHU de fann en tant que centre de recherche*

Le centre hospitalier et universitaire est au sommet du système de santé. Il entretient une collaboration entre l'hôpital et l'université. De même que les soins et la formation, l'hôpital de Fann a une mission de recherche d'après le décret du 10 Juin 1965⁵⁵. Celle-ci est orientée vers la résolution des problèmes de santé des populations.

Cependant, pour des raisons matérielles et financières, la recherche représente le secteur le plus défaillant. Le plateau technique (amphithéâtres, laboratoires, bibliothèques etc) qui constitue l'outil privilégié du chercheur et la formation théorique font défaut.

En ce qui concerne le financement de la recherche, il est pris en charge par l'université de Dakar. Il dépendait également de l'aide de la France qui s'est retirée progressivement sans être remplacée.

Par conséquent, la recherche est marginalisée par rapport aux soins qui demandent des moyens constants.

Par ailleurs, comment sont réparties les ressources financières dans la structure

⁵⁵MSAS, BAD : Statut juridique du CHU, 2ème partie : règles et fonctionnement .

6.2. La gestion des ressources financières

En raison des difficultés économiques auxquelles l'Etat - qui était la principale source de financement - faisait face, l'hôpital de Fann est confronté à une situation financière critique.

Il y a 10 ans son budget de fonctionnement s'élevait à 140 millions de FCFA, il était insuffisant à prendre en charge toutes les dépenses des services ; actuellement il est à 107 millions de FCFA. Cette baisse est due à l'inflation normale et consécutive à la dévaluation du FCFA en 1994.

les fonds alloués à l'institution servent à l'entretien, à la maintenance, à l'achat des médicaments, à payer le personnel et à l'alimentation des hospitalisés.

En 1997, la situation financière du CHU de Fann se limite à⁵⁶ :

TABLEAU N°2 : SITUATION FINANCIERE DU CHU DE FANN

Fonctionnement	108.000.000
Nettoiemment	20.000.000
Maintenance	17.400.000
Fournitures de bureau	5.000.000
Produits d'entretiens	4.000.000
Carburant	1.924.000
Gardiennage	900.000
Médicaments	90.000.000
Habillement du personnel	3.000.000
Literie	2.000.000
Alimentation	60.000.000
TOTAL	311.224.000

La lecture de ce tableau nous montre que les dépenses dépassent nettement la dotation de l'Etat au centre. Les ressources financières sont insuffisantes à faire face à toutes les charges inhérentes à une grande structure hospitalière telle que Fann.

⁵⁶Source enquêtes.

L.D., 28 ans ménagère, Dieupeul affirme : « *on achète tous les médicaments dont on a besoin, l'hôpital ne nous donne rien, alors que j'avais entendu dire que pour les hospitalisés, les médicaments sont offerts gratuitement* ».

Quant à M.F., 37 ans vendeuse, Parcelles Assainies, elle dit que : « *on ne nous donne même pas à manger. Je suis obligée d'attendre mon repas qui vient de Thiaroye* ».

Ces constats montrent la dégradation de la structure ; l'on se demande si le budget de fonctionnement sert à quelque chose si tout est pris en charge par le malade lui même.

Il lui aurait fallu un montant de 250 millions pour parvenir tout juste à faire les dépenses essentielles.

Le déficit budgétaire est à l'origine de la qualité passable des prestations et du manque de personnel qualifié.

6.3. La gestion des ressources humaines

Celle-ci est très délicate du fait de l'hétérogénéité du personnel qui est sous la tutelle du Ministère de la Santé mais dépend du Ministère de l'Education Nationale et est recruté par le Ministère de la Fonction publique.

Il y a 10 ans, l'hôpital comptait 350 agents, mais suite aux coupes budgétaires corollaires à l'ajustement structurel, il n'en dispose que de 208⁵⁷. L'insuffisance numérique des médecins, agents de santé et personnel technique qualifié est notoire. Car les retraites, décès, démissions ne sont pas remplacés. Il existe un déficit énorme qui constitue un sérieux frein à la mise en place effective de la politique sanitaire et sociale.

En terme de personnels techniques il y a un manque énorme ce sont les aides-infirmiers formés sur le tas qui font la plupart du travail des infirmiers d'Etat.

Un CHU est reconnu pour ses prestations techniques, or le personnel dit de service n'existe presque pas. Il y a peu de garçons et filles de salle ; ce qui parfois pose des problèmes au niveau de l'organisation des services et de la prise en charge des malades.

⁵⁷Source entretiens .

F.D. 52 ans, menuisier, Dieupeul affirme : « *la dernière fois, un malade est décédé dans la chambre la nuit, ce n'est qu'au matin vers 10 heures qu'on l'a emmené à la morgue parce qu'il n'y avait personne pour faire ce travail . C'était assez triste et déprimant* ».

Cette situation est choquante et désolante pour une structure aussi importante que l'hôpital de Fann. C'est un fait démoralisant pour les malades.

La clinique de neurochirurgie qui est avec celle d'Abidjan, la seule de la sous-région n'a qu'un seul anesthésiste pour assurer les urgences. Les entretiens avec le Directeur de l'hôpital et les différents chefs de service ont révélé un manque évident d'agents qualifiés et de techniciens supérieurs indispensables au bon fonctionnement du CHU de Fann. Cette situation est à l'origine de la dégradation des soins offerts aux populations.

Le personnel du CHU de Fann se limite à :

TABLEAU N°3 : LE PERSONNEL DU CHU DE FANN⁵⁸

Domaines	Qualifications	Etat
Administration	Directeur	1
	Intendant	1
	Personnel administratif	
Médical	Professeurs	20
	Médecins	4
	Maîtres assistants	18
	Internes	11
	Pharmaciens	3
Paramédical	Sages-femmes	2
	Infirmiers d'Etat	34
	Agents sanitaires	37
	Techniciens supérieurs de santé	8
	Assistantes sociales	5
	Aides sociaux	4
	Filles de salle	3
Techniciens	Techniciens maintenance	2
Autres		55
TOTAL		208

⁵⁸Source Enquête ; BALIQUE, H. Les systèmes hospitaliers du Sénégal , 1996.

Pour un pôle d'excellence tel que le CHU de Fann les ressources humaines sont faibles pour le maintenir à un haut niveau et fournir des prestations de qualité aux bénéficiaires. Le travail est retardé par le déficit de personnel.

A la question les prestations qui vous sont données sont-elles conformes à vos attentes ? P.F. 33 ans mécanicien, Pikine répond :
« je peux attendre des heures avant qu'on s'occupe de moi alors que je suis malade, il faut qu'ils augmentent les médecins. Si j'avais vraiment les moyens j'irai dans une clinique pour être mieux traité. Il y a de bons médecins à Fann, mais ça ne se voit même pas parce qu'il n'y en a pas beaucoup ».

Ceci révèle les dysfonctionnements au niveau de la prise en charge des malades et du recrutement des ressources humaines.

Qu'en est-il alors des infrastructures et équipements.

6.4. Les infrastructures et équipements sanitaires de fann

Les infrastructures et équipements sont indispensables et fondamentaux pour le fonctionnement de la structure. Il est évident que sur ces deux points, il y a des insuffisances sur le plan quantitatif et qualitatif.

Il est bon de préciser qu'au départ, l'hôpital n'était constitué que de la psychiatrie. Ensuite d'autres services sont construits progressivement (cf analyse institutionnelle).

Cependant, la maintenance est négligée ; par conséquent, les bâtiments et les équipements médico-techniques sont dans un état défectueux.

Depuis la création du CHU de Fann, aucune nouvelle construction ou réfection n'a été faite à part le service des maladies infectieuses qui a été réhabilité grâce à l'Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêts Publics (AGETIP), la pneumo-physiologie est en chantier avec le concours de la LONASE.

Les infrastructures du CHU de Fann sont atteints par la vétusté, leur détérioration est une source de danger pour les patients en ce qui concerne leur sécurité et leur bien être.

L'hôpital de Fann a une capacité d'accueil en théorie de 580 lits, il en a installé 423, mais seul 373 sont fonctionnels et répartis dans ses 5 cliniques. En ce qui concerne les équipements médicaux, le service de réanimation de la neurologie manque de scope et de respirateur. Elle n'a que deux climatiseurs au lieu de quatre pour maintenir la bonne température .

Pour la neurochirurgie, le matériel date de la création du CHU de Fann. Il n' y a aucune climatisation. Un diplôme universitaire africain de neurochirurgie devrait voir le jour prochainement, mais sa réalisation pose le problème de l'adéquation du plateau technique à l'enseignement d'une discipline de pointe.

Le service de radiologie dispose de 2 salles, une des tables qui les équipe est en panne. Quant à l'autre son amplificateur de brillance n'est plus utilisable. La majeure partie de l'équipement et du plateau technique est vieille et dépassée, les appareils tombent souvent en panne. Dans ses conditions, il est impossible que les populations puissent bénéficier de soins de qualité.

Partout dans le CHU, le constat est le même, les équipements et les infrastructures sont hors d'état. Le matériel médical doit être acheté par le Ministère de la Santé et la réfection des structures prise en charge par l'hôpital même. Mais, faute de moyens les médecins-chefs sont obligés de faire appel à la société civile, aux ONG et à des particuliers pour rénover leurs bâtiments.

Le CHU de Fann a perdu sa réputation qui en faisait l'un des hôpitaux les plus recherchés et les plus demandés. Il ne fonctionne que le tiers de sa capacité réelle. C'est la vétusté et le manque de matériels performants qui lui ont donné le nom « d'hôpital des indigents » ; alors que les meilleurs professeurs s'y trouvent. Les conditions d'hôtellerie et d'hospitalisation laissent à désirer, les chambres n'en ont en fait que de nom.

Pour retrouver sa place et son rayonnement passés, il lui faut se doter de nouvelles technologies, réfectionner et construire des infrastructures. Sans cela, il lui sera difficile d'assurer aux populations des prestations de qualité.

L'étude du système de santé et de la place de CHU de Fann dans cet édifice a permis de relever et d'expliquer l'origine des défaillances et des insuffisances auxquelles la structure fait face.

L'établissement hospitalier de Fann est confronté à des difficultés sur le plan de l'équipement, des infrastructures, des ressources humaines et financière .

Une fois cette présentation faite, nous allons essayer d'analyser les données recueillies après les avoir traitées et classées.

TROISIEME PARTIE :

POPULATION ETUDIEE

Il s'agit dans cette partie de connaître la répartition géographique de cette population, leur appartenance ethnique, religieuse et confrérique, leur revenu et enfin leurs opinions sur les problèmes de santé, la participation communautaire et sur le comité de santé.

CHAPITRE VII :

CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES

Les résultats de cette analyse sont tirés des enquêtes effectuées sur les usagers internes et externes du CHU de Fann. L'entretien avec les patients a touché une population de 100 personnes après avoir éliminé les questionnaires imprécis, avec des mauvaises réponses et des omissions volontaires.

7.1. Répartition géographique des enquêtes

TABLEAU N°4 : QUARTIERS ET REGIONS DU SENEGAL

	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Quartiers périphériques de l'hôpital	33	33%
Banlieue	40	40%
Autres régions du pays	25	25%
TOTAL	100	100%

Commentaire :

La lecture de ce tableau sur la répartition géographique des usagers du CHU de Fann permet d'affirmer que 33 malades sur 100 dont 33% de l'échantillon provient des quartiers périphériques, 40% viennent de la

banlieue (Pikine, Guédiawaye, Parcelles Assainies, Malika etc), 27/100 sont issus des autres régions du Sénégal (Louga, Saint-Louis, Thiès, Tambacounda, Kaolack, Fatick, Kolda, Diourbel, Ziguinchor).

Les prestations de l'hôpital sont très demandées mais Dakar se taille la plus grande part 77%. A la question : « pourquoi n'êtes-vous pas allée à l'hôpital de votre région ? » la dame K.K, 37ans, Kolda répond : « je préfère venir à Fann parce qu'il y a de bons médecins et je leur fais plus confiance ».

Cela révèle le dysfonctionnement qui existe dans l'installation des structures médicales qui est à l'origine de l'engorgement des hôpitaux nationaux. De ce fait, les prestations s'en ressentent ; surtout que certains malades viennent se soigner pour des pathologies simples pouvant être traitées au niveau des districts sanitaires et des hôpitaux régionaux.

Après avoir montré l'origine géographique des malades, nous allons voir leurs aspects socio-démographiques.

7.2. Structure par age et par sexe

7.2.1. STRUCTURE PAR GROUPE D'AGE

TABLEAU N°5 : STRUCTURE PAR GROUPE D'AGE

GROUPE D'AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
15 - 25	8	8%
25 - 35	9	9%
35 - 45	12	12%
45 - 55	22	22%
55 - 65	15	15%
65 - 75	19	19%
75 et plus	15	15%
TOTAL	100	100%

Commentaires

Les patients de 45 - 55 ans 22% dominent les autres, ensuite viennent les 65 - 75 ans 19%, les 55 - 65 ans et les 75 ans et plus ont le même nombre d'effectifs 15/100, puis arrivent les 35 - 45 ans avec 12%, les 25 - 35 ans 9% et enfin les 15 - 25 ans 8/100.

Les tranches d'âges à partir de 45 ans dominent parce qu'elles sont souvent atteintes de maladies de nerfs qui parfois créent des paralysies (hypertension). Les 15 - 25 et 25 à 35 ans font parties de celles qui sont touchées par une pathologie mentale ou infectieuse etc.

L'âge constitue une variable-clef dans les analyses socio-démographiques, cependant certaines personnes hésitent à donner leur âge ou ne le connaissent même pas.

Donc nous pouvons dire que l'hôpital de Fann reçoit des malades de tout âge.

7.2.2. STRUCTURE PAR SEXE

TABLEAU N°6 : STRUCTURE PAR SEXE

	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Hommes	44	44%
Femmes	56	56%
TOTAL	100	100%

Commentaires

Notre échantillon est composé de 56 femmes sur 100 et 44 hommes sur 100. La prédominance des femmes s'explique par le fait qu'elles appartiennent aux couches les plus vulnérables et défavorisées de la société.

Après cela nous allons voir à quels groupes ethniques notre échantillon appartient.

7.3. Groupes ethniques

TABLEAU N°7 : GROUPES ETHNIQUES

ETHNIES	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Wolof	30	30%
Hal pulaar	25	25%
Sérér	23	23%
Diola	16	16%
Autres	6	6%
TOTAL	100	100%

Commentaires

Les Wolof représentent 30% de la population étudiée, 25% sont Hal pulaar (Peuls et Toucouleurs), 23% sont sérères, les Diolas sont 16% et 6% constituent les autres ethnies (Bambara, Mandjake etc). Les Wolofs sont l'ethnie la plus dominante de l'échantillon et du Sénégal aussi.

Il serait intéressant de connaître l'appartenance religieuse et la confrérie des personnes interrogées

7.4. Appartenance religieuse et confrérique

7.4.1 APPARTENANCE RELIGIEUSE

TABLEAU N°8 : APPARTENANCE RELIGIEUSE

	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Musulmans	76	76%
Catholiques	24	24%
Animistes	0	0%
Autres	0	0%
TOTAL	100	100%

Commentaires

Les musulmans représentent 76% et les catholiques 24% de la population. La prédominance de la religion musulmane s'explique par le fait que le Sénégal est un pays à majorité musulmane.

Cependant, les musulmans ont-ils adhéré à une confrérie ?

7.4.2. LA CONFRERIE

TABLEAU N°9 : CONFRERIES

	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Mouride	32	32%
Tidiane	25	25%
Khadre	8	8%
Layène	5	5%
Niassène	3	3%
TOTAL	100	100%

Commentaires

32% de la population sont mourides, les Tidianes en constituent 25%, 8% sont Khadres, 5% Layènes et 3% Niassènes.

Les confréries dominantes sont le mouridisme et la Tidianya (57%). L'adhésion à une confrérie est normale dans la société Sénégalaise ; car celle-ci joue le rôle de régulateur social et de réceptacle de la foi.

Quel est donc leur statut familial ?

7.5. Situation matrimoniale et nombre d'enfants

7.5.1. SITUATION MATRIMONIALE

TABLEAU N°10 : SITUATION MATRIMONIALE

	EFFECTIF	POURCENTAGE
Marié (es)	79	79%
célibataire (s)	7	7%
Divorcé (es)	4	4%
Veuf (ves)	10	10%
Autres	0	0%
TOTAL	100	100%

Commentaires

Les personnes mariées constituent l'essentiel de notre échantillon avec 79% de l'effectif, les célibataires, les divorcées et les veufs représentent respectivement 7%, 4% et 10%. Dans le contexte Sénégalais, le mariage est une obligation, toute personne en âge de se marier doit le faire sous risque d'être marginalisée.

Sous quel régime se sont-elles mariées ?

7.5.1.1. REGIME MATRIMONIAL

TABLEAU N°11 : REGIME MATRIMONIAL

	EFFECTIF	POURCENTAGE
Monogame	19	24,05%
Polygame 2 femmes	18	22,7%
Polygame 3	15	18,9%
Polygame 4	27	34,1%
TOTAL	79	100%

Commentaires

24,05% sont monogames, les polygames à deux femmes constituent 22,7%, les polygames à trois et quatre femmes représentent respectivement 18,9% et 34,1%. Les polygames sont majoritaires 75,7% des mariés parce que les difficultés économiques ne créent pas les conditions adéquates au mariage chez les jeunes. Seuls les mariés prennent de nouvelles épouses.

Il faut préciser que la polygamie est une pratique religieuse reconnue par l'Islam (religion dominante).

Comment se présente alors, la taille de la famille ?

7.5.2. LE NOMBRE D'ENFANTS

TABLEAU N°12 : NOMBRE D'ENFANTS

	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Sans enfants	7	7%
2 à 4 enfants	18	18%
4 à 6 enfants	26	26%
6 enfants et +	49	49%
total	100	100%

Commentaires

L'analyse de ce tableau fait ressortir que 49% de la population ont en moyenne 6 enfants et plus, 26% ont 4 à 6 enfants, 18% ont 2 à 4 enfants et enfin 7% n'en ont pas.

La polygamie a des conséquences sur la taille de la famille qui est large. Nous pouvons alors dire que les problèmes de santé sont souvent liés aux préoccupations familiales.

Avec l'importance de ces familles, comment se présente leur niveau d'instruction ?

7.6. Le niveau d'instruction et la situation professionnelle

7.6.1. LE NIVEAU D'INSTRUCTION

TABLEAU N°13 : NIVEAU D'INSTRUCTION

	EFFECTIF	POURCENTAGE
Primaire	24	24%
Secondaire	0	0%
Supérieure	12	12%
Coranique	14	14%
N'a jamais été à l'école	50	50%
TOTAL	100	100%

Commentaires

Le niveau d'instruction révèle un fort taux d'analphabétisme 50%, mais quelques 24% ont reçu une instruction élémentaire, seuls 12% ont fait des études supérieures et le reste 14% ont suivi l'école coranique. Ces chiffres posent des situations délicates, car avec un taux d'analphabétisme aussi élevé, il est difficile aux populations d'arriver à comprendre les problèmes de développement (économique, sanitaire, démographique ...) qui se posent à elles et de saisir l'enjeu du développement sanitaire en particulier pour tous.

Ce qui par conséquent, soulève la question de la mise en place d'une structure pour la promotion de la santé en langue nationale au CHU de Fann afin que les personnes puissent accéder et prendre en charge d'une façon massive et active l'amélioration de leur état de santé.

Quelle est alors leur situation professionnelle ?

7.6.2. SITUATION PROFESSIONNELLE

7.6.2.1. SITUATION PROFESSIONNELLE DES HOMMES

TABLEAU N°14 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES HOMMES

	EFFECTIF	POURCENTAGE
Cultivateurs	10	22,7%
Tailleurs	7	15,9%
Maçons	2	4,5%
Chauffeurs	4	9,0%
Menuisiers	6	13,6%
Enseignants	5	11,3%
Infirmier	1	2,2%
Employés de Bureau	8	18,1%
Mécaniciens	3	6,8%
TOTAL	44	100%

Commentaires

10 hommes sur 44 soit 22,7% sont cultivateurs, 18,8% sont employeurs de bureau, 15,9% sont des tailleurs, 13,6% constituent les menuisiers, les enseignants eux, sont 11,3% , quant aux chauffeurs, mécaniciens, maçons et infirmiers, ils représentent respectivement 9%, 6,8%, 4,5% et 2,2%.

Nous pouvons dire que la situation est alarmante parce qu'elle montre que la majeure partie des hommes interrogés, ne perçoivent pas régulièrement un salaire. L'analphabétisme est également un frein pour la population d'accéder a un travail bien rémunéré. Nous avons relevé que la plupart des hommes n'ont pas les moyens d'avoir un niveau de vie satisfaisant, correct. Ce qui signifie qu'ils vivent dans des conditions assez difficiles.

Qu'en est-il de la situation des femmes ?

7.6.2.2. SITUATION PROFESSIONNELLE DES FEMMES

TABLEAU N°15 : SITUATION PROFESSIONNELLE DES FEMMES

	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Ménagère	23	41,07%
Vendeuse	12	21,4%
Couturière	11	19,6%
Etudiante	4	7,1%
Paysanne	6	10,7%
TOTAL	56	100%

Commentaires

La situation professionnelle des femmes n'est pas meilleure que celle des hommes car, 41,07% sont ménagères, 21,4% vendeuses, 19,6% sont couturières, les paysannes représentent 10,7% et les étudiantes 7,1% .

Cet état de fait s'explique par le faible accès des femmes à l'éducation ; ainsi, elles sont souvent femmes au foyer ou cantonnées à des métiers qui ne rapportent pas beaucoup. Celles qui travaillent (vendeuses et couturières) essaient d'améliorer leurs conditions d'existence parce que le salaire de leurs époux ne parvient pas à faire face à toutes les dépenses de la famille.

Elles sont souvent confrontées à la pauvreté et consacrent une grande part de leur gain à leur alimentation.

Ces hommes et ces femmes préoccupés par des questions de survie, connaissent-ils l'importance de la santé pour eux ?

7.7. Appréciation des problèmes de santé

7.7.1. IMPORTANCE DE LA SANTE POUR LES POPULATIONS

La santé joue un rôle important dans la vie des individus. C'est ainsi que à la question, « *La santé est-elle importante pour vous* » ? Toutes les personnes interrogées ont répondu oui.

La dame F.N., 38 ans, ménagère, Yeumbeul affirme : « *La santé est importante, car sans elle, on ne peut rien faire* ».

Pour cette question les réponses sont toutes semblables.

Cependant, après ces affirmations, nous allons voir si ces personnes consacrent un budget important pour l'amélioration de leur état de santé.

7.7.2. MOYENS CONSACRES A L'AMELIORATION DE L'ETAT SANITAIRE

TABLEAU N°16 : MOYENS CONSACRES A L'AMELIORATION DE L'ETAT SANITAIRE

	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Oui	58	58%
Non	42	42%
TOTAL	100	100%

Commentaires

58% de l'effectif répondent qu'ils consacrent assez d'argent à l'amélioration de la santé, 42% disent non. Ces derniers affirment qu'ils n'ont pas les moyens de se soigner correctement.

M.N. , 48 ans, chauffeur, Grand-Dakar dit : « *Je viens à l'hôpital quand je sais que je ne peux plus faire autrement, les médecins donnent trop d'ordonnances. Pour certaines maladies, je me soigne seul, parce qu'il faut que j'entretienne ma famille et les soins coûtent chers* ».

Quant à P.F., 55 ans, paysanne, Khombole : « *J'ai l'habitude d'utiliser des plantes pour me soigner car c'est un don de Dieu et c'est moins cher. En ce moment, je suis hospitalisée ici parce que j'ai des problèmes de coeur* ».

Nous pouvons dire que ces personnes par manque de moyens sont obligées de se soigner elles-mêmes.

Cependant 58% affirment qu'ils consacrent assez de moyens pour leur santé. M.S. 64 ans cultivateur, Kédougou estime : *« la santé n'a pas de prix, je préfère me sacrifier pour me soigner parce que sans elle je ne pourrais pas nourrir ma famille »*.

D.D. 25 ans, étudiante, Liberté dit : *« il faut se soigner quel qu'en soit le prix car la santé est la base de tout »*.

Nous pouvons dire, dès lors que même si les personnes interrogées connaissent l'importance de la santé, elles sont confrontées à des problèmes de survie. Il leur est souvent impossible d'accéder aux structures médicales faute de moyens financiers. C'est pourquoi elles pratiquent parfois l'automédication ou la médecine traditionnelle.

A la question combien dépensez-vous par mois ou par an pour votre santé ? Elles répondent toutes ne pas connaître le montant exact ; mais que ce n'est pas rien surtout qu'ils ont des enfants.

7.7.3. DIFFICULTES RENCONTREES POUR SE SOIGNER

Tous disent qu'ils sont confrontés à des problèmes pour se soigner correctement. La difficulté majeure concerne les ressources financières car, il faut payer pour toutes les prestations (entrée payante, ordonnance etc.)

F.D. 32 ans, vendeuse, Médina affirme : *« Je suis hospitalisée ici et je paie 25.000 fcfà tous les 10 jours ensuite vient l'achat des ordonnances que le médecin m'a prescrit . J'ai fait 2 semaines ici, je ne sais pas encore quand je vais sortir, vous voyez ce que c'est »*.

Même si les prix d'hospitalisation ou de consultation sont moindres par rapport aux hôpitaux privés, la population rencontre des difficultés pour accéder aux structures.

Quel est alors leur degré de connaissance du comité de santé ?

7.8. Degré de connaissance du comité de santé

7.8.1. CONNAISSANCE DU CO.S.

TABLEAU N°17 : CONNAISSANCE DU COMITE DE SANTE

	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Connaît le Co.S.	62	62%
Ne connaît pas	38	38%
TOTAL	100	100%

Commentaires

A la question : « Avez-vous connaissance du comité de santé »? 62% de l'effectif affirment le connaître, le reste 38% n'étaient pas au courant que le CHU de Fann avait en son sein un Co.S. Les 60% concernent les malades hospitalisés et les 2% font parties des externes. Ils connaissent son existence par l'intermédiaire des collecteurs qui se chargent de récupérer l'argent des tickets d'hospitalisation. Aucune de ces personnes n'appartient au comité de santé de Fann, elles n'ont pas participé à l'élection de ses membres ; elles connaissent toutes l'existence du comité de santé de leur quartier ou de leur région.

Qu'en est-il de la qualité des prestations ?

7.8.2. QUALITE DES PRESTATIONS

TABLEAU N°18 : QUALITE DES PRESTATIONS

	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Excellente	3	3%
Bonne	12	12%
Satisfaisante	45	45%
Passable	33	33%
Médiocre	7	7%
TOTAL	100	100%

Commentaires

Ce tableau est relatif à l'appréciation de la qualité des prestations offertes au CHU de Fann. Il montre que l'essentiel des bénéficiaires trouve les services qui leur sont rendus satisfaisants ; ce qui du reste se justifie par le rôle de l'hôpital de Fann qui est un centre de soins, de formation et de recherche ayant pour objectif de fournir des soins de qualité.

Quant au 40% restant, ils estiment que les prestations sont passables est médiocres parce que la structure est vieille et les chambres également.

Même s'il y a d'excellents médecins, beaucoup de facteurs concourent à détruire son image : manque de moyens, le personnel soignant est lent.

Selon M.F. , 50 ans, mécanicien, Guédiawaye : « je suis là depuis 8 heures du matin et il est déjà 12 heures, je n'ai pas encore vu le médecin jusqu'à présent ».

Alors pourquoi le choix du CHU de Fann au lieu des structures hospitalières de leur quartier ou de leur région d'origine ?

7.8.3. CHOIX DU CHU DE FANN

TABLEAU N°19 : CHOIX DU CHU

	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Envoyés par le district	18	18%
Il y a de bons médecins	38	38%
Liés à la spécialisation de la maladie	32	32%
Habite près du CHU	12	12%
TOTAL	100	100%

Commentaires

18% des patients ont été envoyés à l'hôpital de Fann par leur district, 38% y sont venus de leur plein gré parce qu'il y a de bons médecins, 32% parce que leur maladie est liée aux spécialisations offertes par le CHU de Fann, les 12% habitent les quartiers périphériques et sont intéressés par la proximité de la structure.

Ces malades paient-ils le ticket de consultation ?

7.8.4. PAIEMENT DU TICKET DE CONSULTATION

TABLEAU N°20 : PAIEMENT DU TIKET DE CONSULTATION

	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	82	82%
Non	18	18%
TOTAL	100	100%

Commentaires

82% de l'effectif paient le ticket de consultation pour accéder aux soins, les 18% ne paient pas parce qu'ils sont des indigents ou parce qu'ils connaissent quelqu'un qui travaille dans la structure. Ils sont alors

pris en charge par le comité de santé. Le ticket de consultation s'élève à 1.000 fcfa.

Ces populations après avoir payé connaissent-ils la destination de l'argent collecté ?

7.8.4.1. CONNAISSANCE DE LA DESTINATION DE L'ARGENT COLLECTE

TABLEAU N°21 : CONNAISSANCE DE LA DESTINATION DE L'ARGENT COLLECTE

	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	78	78%
Non	22	22%
TOTAL	100	100%

Commentaires

78% des individus pensent que l'argent collecté sert à acheter du matériel médical, à payer les agents et constituent une aide précieuse pour l'hôpital. Quant aux 22%, ils ignorent la destination de cet argent.

A.D. , 42 ans, ménagère, Gueule-tapée dit : « *on nous fait payer 1.000 fcfa pour la consultation et on ne sait même pas à quoi ça sert* ».

Donc ceux-ci manquent d'informations et ne sont pas sensibilisés quant à leur effort de santé.

Quel est alors le degré de conscience de leur participation ?

7.8.4.2. DEGRE DE CONSCIENCE DES POPULATIONS SUR LEUR PARTICIPATION

TABLEAU N°22 : DEGRE DE CONSCIENCE DES POPULATIONS SUR LEUR PARTICIPATION

	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	61	61%
Non	39	39%
TOTAL	100	100%

Commentaires

61% de l'effectif estiment qu'ils ont conscience en achetant le ticket de consultation qu'ils accèdent à des soins plus rapides, les 39% restant ne comprennent pas en quoi l'achat du ticket permet d'améliorer leur santé. Il demeure que les programmes de sensibilisation et d'éducation sont incompris car s'adressant à des populations à majorité analphabètes.

Quelle est donc pour elles l'importance du comité de santé ?

7.9. Importance du comité de santé pour les populations

Les individus sont unanimes sur les bons soins que le comité de santé leur administre. Cependant, aucune information ne leur est donnée en ce qui concerne les problèmes de santé et les moyens d'améliorer leur état sanitaire. Le médecin les consulte et leur prescrit une ordonnance sans pour autant les sensibiliser sur les maladies.

La qualité des prestations s'est-elle améliorée ?

7.9.1. AMELIORATION DE LA QUALITE DES PRESTATIONS

TABLEAU N°23 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES PRESTATIONS

	EFFECTIF	POURCENTAGE
Oui	77	77%

Non	23	23%
TOTAL	100	100%

Commentaires

Pour 77% des bénéficiaires, la mise en place du Co. S. a été un apport bénéfique pour eux car elle leur a permis d'accéder plus facilement à la structure et de pouvoir acheter à un prix modique les médicaments dont ils ont besoin. Quant aux 23% ils pensent qu'il reste beaucoup à faire.

Aucune des personnes interrogées n'a été impliquée aux prises des décisions concernant le Co. S. Cependant, leurs représentants qui appartiennent à leurs districts sanitaires s'en chargent. Les membres du comité de santé et la co-gestion font également parties des populations et en tant que médecins, ils sont à même de définir leurs priorités et de décider de ce qui est mieux pour tous.

Les comptes-rendus des réunions sont adressés au comité de co-gestion.

Quels sont alors les reproches que les populations adressent au comité de santé ?

7.9.2. TYPOLOGIE DES REPROCHES ADRESSES AU COMITE DE SANTE

7.9.2.1. SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL

- Lenteurs, longue attente avant de voir le médecin
- Non respect du rang
- Service désorganisé
- Accueil passable

7.9.2.2. SUR LE PLAN FONCTIONNEL

- Manque de personnel médical
- Insuffisance de matériel médical
- Etroitesse des locaux.

La population interrogée se plaint du manque de personnel, un seul médecin officie pour tous les malades du comité de santé ce qui est à l'origine de la longue attente et de la lenteur des prestations.

A.P.S. 28 ans, peintre ouvrier, Keur Massar dit : *« je suis là depuis 10 heures et il est déjà 14 heures, l'attente est longue. Etant donné qu'on paie maintenant, le service devrait être plus rapide ; mais malheureusement il n'y a qu'un seul médecin ici ».*

La file n'est pas respectée, M.C. 50 ans, cultivateur, Ndande affirme : *« sept personnes sont passées devant moi alors que j'étais là avant eux . Ce n'est pas normal, on est tous malades ».*

Les reproches adressés au comité de santé sont surtout liés à son organisation et à son fonctionnement.

Alors quelles solutions préconiser ?

7.9.3. TYPOLOGIE DES SUGGESTIONS POUR L'AMELIORATION DU SERVICE

7.9.3.1. SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL

- Créer un service d'accueil avec un aide ou un assistant social pour une meilleure prise en charge psychologique des malades, pour la rapidité des soins.

- Respect pour chaque patient
- Implication plus étroite des malades
- Augmenter le personnel pour l'amélioration des services et une meilleure prise en charge des patients sur le plan des soins.

7.9.3.2 SUR LE PLAN FONCTIONNEL

- Priorité aux urgences
- Respect de la file des patients
- Augmenter le matériel
- Donner plus de moyens financiers au comité de santé indépendamment de la participation des populations.

Les populations interrogées ont essayé chacune selon ses préoccupations de faire des suggestions pour que le comité de santé puissent fournir de meilleurs services à tous.

L'analyse des caractéristiques socio-démographiques a permis d'établir la causalité entre plusieurs variables, leurs interactions. Ces

variables ont été prise en fonction de nos hypothèses de recherche qui avaient pour buts de montrer si l'amélioration de la santé et du niveau de vie était fonction de la participation des populations et également si leur contribution financière a remplacé la dotation de l'Etat.

La variable niveau de scolarisation et situation professionnelle a été mise en exergue parce qu'elle était à même de montrer le degré de conscience des individus sur leur participation.

Les données interprétées et analysées, nous abordons maintenant le rôle, la portée et l'importance de la participation communautaire sur la structure et ses conséquences sociales sur les populations à travers l'étude de la déclaration d'Alma-Ata.

QUATRIEME PARTIE : LA DECLARATION D'ALMA-ATA ET LES REALISATIONS DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE AU CHU DE FANN

Vers les années 1970, l'état de santé des populations s'était considérablement détérioré ; le taux de réduction de la mortalité infanto-juvénile avait ralenti tout comme la croissance économique. C'est pourquoi, inquiet de cette situation, l'OMS a décidé d'organiser à Alma-Ata en Russie en 1978 une rencontre avec les Chefs d'Etat des pays du tiers monde afin d'adopter un programme susceptible d'améliorer la santé des populations.

CHAPITRE VIII : LA DECLARATION D'ALMA-ATA

Après analyse de la situation sanitaire critique des populations, une conférence internationale sur les soins de santé primaires a été réunie en 1978 à Alma-Ata. Tous les gouvernements, la communauté internationale avaient organisé une action urgente pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

Une nouvelle orientation était donnée aux programmes, d'une approche curative, ils sont passés à un point de vue préventif tenant compte des besoins et priorités des communautés. A ce titre, une nouvelle définition a été donnée à la santé qui consistait en l'absence de maladie ou d'infirmité. Celle-ci dès lors était comprise comme *« un état de complet bien-être physique, mental et social »*.

La santé disait la conférence

« est un droit fondamental de l'être humain et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé »⁵⁹.

C'est ainsi, afin que toutes les couches de la société puissent bénéficier des soins de santé sans discrimination ou inégalité, les individus ont été conviés à prendre une part active aux problèmes de santé. Pour cela ils devaient participer à la planification, à la mise en oeuvre des soins qui leur étaient destinés et financièrement.

Relativement à cela, des soins de santé primaires ont été institués pour tous les individus afin d'atteindre un niveau de santé satisfaisant d'ici l'an 2000.

⁵⁹MONEKOSSO, G.L : Scénario développement sanitaire en trois phases, accélérer l'instauration de la santé pour les Africains : Déclaration Alma-Ata , Article 1 p49. OMS, BRAZZA. Janvier 1989.

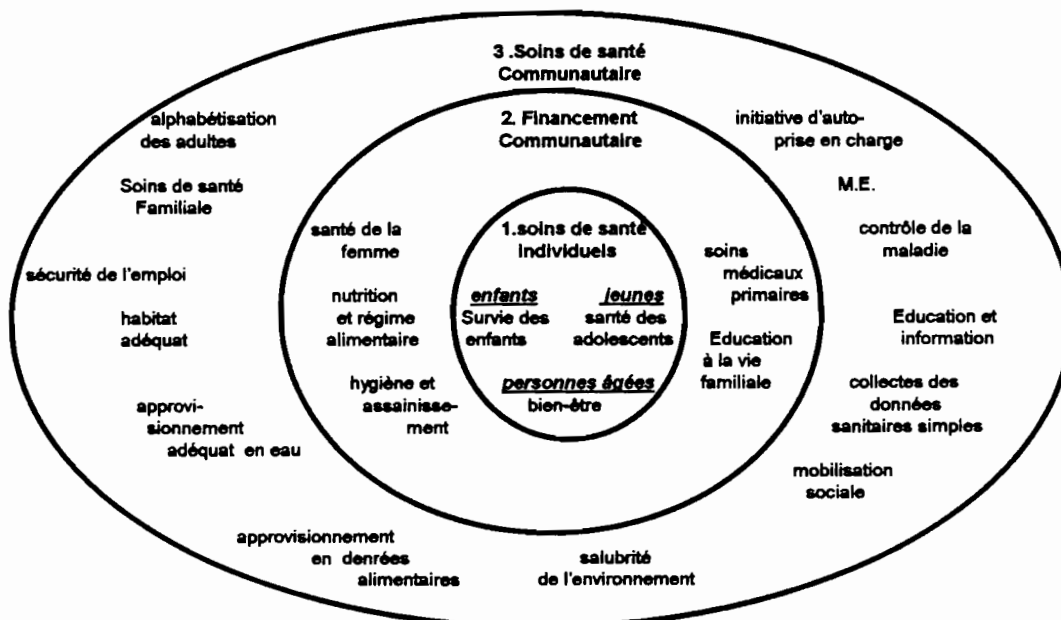
8.1. Les soins de santé primaire

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination »⁶⁰.

Donc les SSP ont pour vocation la maîtrise des problèmes de santé les plus importants. Leurs objectifs sont : la promotion, la prévention, les soins curatifs etc (le Programme Elargi de Vaccination en est une illustration). Ils sont alors adaptés au système de santé de chaque pays concerné.

Dans ce cadre, les individus et les communautés prennent eux-mêmes en charge les actions de développement sanitaire en participant à la planification, à l'organisation et à la gestion des soins de santé primaires. Ceux-ci ont différentes composantes :

TABLEAU N°24 : LES COMPOSANTES DE L'ORGANISATION ET DE LA GESTION DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES



⁶⁰Ibidem, article 6, p50.

Au regard de ce tableau, nous remarquons que les soins de santé primaire intègrent tous les problèmes auxquels notre pays fait face (emploi, habitat, environnement, alphabétisation...).

En rehaussant le niveau de la santé des populations, les SSP visent en même temps le développement dans un environnement sain et adéquat.

Après la conférence d'Alma-Ata le Sénégal a intégré les SSP dans sa politique de santé. Ceux-ci ont été appliqués dans les centres, les postes et les cases de santé. En ce qui concerne les hôpitaux, des associations pour la promotion des hôpitaux ont été mises en place.

Le CHU de Fann a suivi la mouvance en installant une association pour la promotion de la structure.

8.2 L'association pour la promotion de l'hôpital de fann (APH /FANN)

Le CHU de Fann était confronté également à des difficultés financières pour donner de bonnes prestations à ses bénéficiaires. Car, tout ce que l'hôpital générait était versé au Trésor et non dans les caisses de la structure à titre de ristourne ou de contribution.

Cependant, la crise économique et financière qui s'est installée vers les années 1980 - avec comme corollaire - les programmes d'ajustement structurels (P.A.S.) - allait avoir des effets pervers sur le secteur de la santé et du social. Le budget de la santé a été réduit, les pouvoirs publics n'étaient plus à même de continuer à prendre seuls en charge les hôpitaux.

C'est pourquoi, ils ont décidé de faire participer les populations afin de permettre au CHU de Fann de fonctionner normalement. C'est dans ce cadre que l'Association pour la Promotion l'Hôpital de Fann a vu le jour en 1986. Mais les syndicats, les partenaires sociaux et les travailleurs étaient hostiles parce qu'ils considéraient cela comme une démission de l'Etat dans la prise en charge de la santé populaire.

L'APH/Fann était composée de partenaires sociaux (choisis parmi les gens à l'abri du besoin) et de l'administration de la structure. Ceux-ci faisaient parties du comité de gestion, le bureau était élu en assemblée générale et un cadre de concertation était établi pour la co-gestion.

Tout tournait autour de la gestion et du redéploiement des fonds collectés/.

Le bureau était l'organe d'exécution des décisions prises au niveau de la co-gestion.

Chaque service de l'hôpital était pourvu d'un comité qui gérait les recettes. Il y avait des collecteurs qui étaient membres du personnel de l'hôpital servant de liaison entre le malade et le praticien, ils étaient payés d'un montant symbolique de 5.000 Fcfa.

L'APH/Fann générait beaucoup d'argent : le ticket de soins externes était à 500 fcfa et à 2.000 fcfa pour toute la durée de l'hospitalisation. Les fonds ainsi collectés permettaient de régler les problèmes urgents qui pouvaient bloquer la survie de la structure. Elle intervenait partout pour assurer la qualité des prestations.

L'Association était à l'écoute de toutes les difficultés émanants des services ; elle tentait à ce titre d'apporter des solutions aux maux dont elle était saisie. Elle faisait d'énormes efforts pour que les prestations soient correctes en direction des usagers. Tous ceux qui avaient besoin de soins payaient le ticket de consultation, ainsi la gratuité n'existait plus.

La population semblait avoir compris que l'Etat ne pouvait plus assumer entièrement ses problèmes de santé ; c'est pourquoi elle avait accepté d'apporter sa contribution financière à chaque prestation de service.

Les tarifications en vigueur étaient décidées en co-gestion au niveau de tous les secteurs spécialisés de la structure. Les représentants des populations étaient élus par les populations riveraines, les chefs de quartier; quant au bureau, c'était à l'échelon national. Les parties médicales et techniques étaient exclues des élections.

Cependant, malgré toute l'aide qu'elle apportait à l'hôpital, l'APH a échoué parce que les sollicitations étaient importantes. L'association ne parvenait plus à supporter les frais, la demande était supérieur à l'offre et elle ne pouvait plus faire face aux dépenses. Ce qui a hâté l'échec, c'est qu'elle avait fini par se substituer à l'Etat au lieu de le compléter.

L'APH/Fann était une association non réglementaire mais tolérée en raison des services rendus. Elle n'avait aucune base légale.

En ce qui concerne la gestion, les engagements n'étaient pas respectés à l'égard des travailleurs à savoir la prise en charge des problèmes sociaux. Il existait également au plan national des problèmes quant à la représentation des populations. Les techniciens ne s'entendaient pas avec les gestionnaires, tout le monde voulait gérer. C'est ainsi qu'en 1992 l'APH/Fann a pris fin.

Après cet échec, il fallait trouver un organe de remplacement meilleur, susceptible de gérer rationnellement la participation communautaire. C'est dans ce cadre que le décret pour la mise en place du comité de santé est sorti en janvier 1992.

8.3. Le comité de santé de fann et la participation des population

Le comité de santé est né d'une expérience du gouvernement du Sénégal qui avait pour but « *la participation des populations à l'effort de santé publique* ».

« C'est un processus par lequel les individus, les familles et les collectivités prennent en charge leur santé depuis l'identification des besoins jusqu'à l'évaluation des programmes »⁶¹.

Cependant, celui-ci n'avait pas de base légale, c'est en 1992 que la loi 92-07 du 15 janvier a posé le fondement légal de la participation des populations avec la modification du code des obligations civiles et commerciales.

Avec ce décret, les obligations particulières auxquelles sont soumis les comités de santé et les statuts-types sont définis d'une façon précise. Seules les structures sanitaires de base (cases de santé, postes de santé, centres de santé) ont été concernées par la PC.

A la vue des résultats positifs de ce système de contribution dans le relèvement de la santé des individus et les fonds générés, les hôpitaux ont demandés à y être impliqués de façon à rehausser la qualité de leur prestation et de ce fait aider au développement de la santé au Sénégal.

C'est conformément aux dispositions du décret n°92-118 du 17 janvier 1992 qu'un comité de santé est créé en juin 1996 à l'hôpital de Fann. Son siège se trouve au service d'urgence de ladite structure.

Il a pour objectifs de promouvoir la santé des individus, de leur famille et des communautés en mobilisant les populations pour le développement sanitaire. Il se donne également le devoir d'améliorer les conditions de travail de l'hôpital de Fann pour mieux répondre aux besoins de la populations sur tous les plans.

Il a été mis en place dans la structure pour l'aider à assurer les meilleures prestations possibles. Le comité de santé repose sur :

- Le bureau
- Le comité de co-gestion
- L'Assemblée Générale.

⁶¹Loi modifiant l'intitulé de l'article 821 et l'Alinéa 1er du code des obligations civiles, Article 2.

Les membres du bureau sont choisis parmi les représentants des districts (qui ont été déjà élus par les populations vivants autour des structures de santé. Ils sont au nombre de 4 :

- Le président
- Le vice-président (qui fait office de secrétaire général)
- Le trésorier général
- Le trésorier-général adjoint.

Ils sont élus pour 2 ans par l'Assemblée Générale (AG) et sont rééligibles pour 2 ans. Le bureau et l'organe d'exécution des décisions de l'AG ou du comité de co-gestion. Il se réunit tous les 15 jours. Le président coordonne et contrôle les diverses activités du comité. Quant au Directeur de l'hôpital, il est l'ordonnateur des dépenses et le président est co-signataire avec le comptable. Il a une voix délibérative et est chargé de veiller au respect des statuts et du règlement intérieur.

Le collecteur principal (comptable) est l'agent de liaison entre le comité et les différents services. Il reçoit et centralise tous les besoins exprimés par ceux-ci qu'il transmet au Directeur sur l'opportunité d'une dépense. Il supervise la collecte des sommes tirées par la vente des tickets dans les cliniques de l'établissement. Il dépend du trésorier général.

Le trésorier lui, s'occupe de la caisse d'avance (somme consentie pour les menues dépenses requérant une certaine urgence). Celles-ci n'excèdent pas 20.000 Fcfa, au-delà, les paiements sont effectués par chèques.

Le Directeur de l'hôpital est le « gardien » du chéquier. Il a la charge de guider les actions du comité dans le but de résoudre les problèmes de la structure. Il assure et maintient les relations entre le CHU de Fann et les populations. Il assiste le président dans la bonne marche du Co.S.

Quant au comité de co-gestion, il se compose de :

- Directeur de l'hôpital de Fann
- Chefs de services médicaux
- Représentants des syndicats (CNTS et SUTSAS)
- Membres du bureau du comité de santé
- Représentants des internes
- Intendant
- Surveillant général

- Service social.

La co-gestion est l'organe de décisions, elle est aussi le cadre de concertation pour les dépenses inhérentes à la structure. Tout achat supérieur à 100.000 fcfa est mis à son appréciation. Elle se réunit une fois par mois pour le compte-rendu de la situation financière et donner son avis sur les propositions de dépenses transmises au directeur par les chefs de service.

Elle occupe une place prépondérante dans le Co.S. car celui-ci ne peut prendre certaines décisions sans son aval. Elle autorise également le recrutement du personnel communautaire et fixe le montant de leurs indemnités.

La spécificité du CHU de Fann se situe à ce niveau parce qu'il n'a pas fait appel entièrement aux personnes extérieures pour gérer le comité de santé. Le personnel de l'hôpital y participent de même par sa présence dans la co-gestion.

L'Assemblée Générale elle, comprend :

- Les représentants des districts sanitaires de la région de Dakar (à raison de 2 par district)

- Les chefs de services médicaux

- Les représentants des syndicats (2 par syndicats)

Elle se réunit en session ordinaire deux fois par an. L'AG désigne une commission de contrôle (représentant des populations, celui des syndicats et d'un chef de service) pour la vérification des comptes et de leur conformité aux dépenses effectuées.

L'AG définit les priorités du comité de santé. Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget et donne son consentement sur la nature du montant de la contribution aux prestations de service proposées par le Bureau.

Ainsi, le Co.S. de Fann est organisé de telle façon que ni les populations, le personnel ne sont exclus de la gestion. A leur manière ils participent tous à l'effort de santé. Les uns, en achetant le ticket de consultation, les autres en dispensant les soins et en gérant le comité de santé.

Le comité de santé est chargé conformément au décret 92-118 du 17 janvier 1996, de la collecte et de la gestion de l'ensemble des recettes provenant de la participation des populations. Ses ressources viennent des contributions aux soins et des revenus de ses biens.

Il s'occupe des fonds générés et de leur redistribution au niveau des services. Il lui revient de faire la promotion du CHU de Fann par la prise en charge des services essentiels pour les besoins quotidiens.

Il intervient dans le fonctionnement de l'hôpital sur tous les plans pour éviter le blocage par le manque de moyens. L'argent amassé est réinjecté dans l'établissement hospitalier, celui-ci provient de la vente des tickets de consultation et d'hospitalisation aux malades.

Le prix du ticket est le même pour chaque service : 1.000 fcfa. Mais, en ce qui concerne les hospitalisations, il varie selon la clinique ; par exemple, en psychiatrie le patient paie 3.000 fcfa tous les 10 jours en neurologie 5.000 fcfa/10 jours, aux maladies infectieuses 10.000 fcfa /10 jours pour les salles communes et 25.000 fcfa pour les cabines.

Le comité de santé est l'élément de complémentarité entre tous les services du CHU de Fann. Il occupe une place primordiale dans le fonctionnement de l'hôpital par le recrutement du personnel, par l'équipement qu'il fournit, par l'entretien du matériel médical et sa maintenance.

En mettant en place un comité de santé, la structure s'est ouverte à l'extérieur, aux populations. Il leur permet de se réapproprier de leur santé et de définir les priorités pour l'amélioration de leur bien-être. Ainsi, l'état de santé n'est plus l'affaire du service hospitalier de Fann seulement ; mais de tous les individus et de toutes les couches sociales sans distinction.

L'achat du ticket de consultation a servi à relever le niveau des prestations de service du CHU de Fann bien qu'il reste beaucoup à faire. Il a aidé également à prendre en charge les indigents tout en fournissant des soins de qualité.

Le comité de santé entretient avec les différents services des rapports de partenariat, de co-gestion et de solidarité. Il fait face à la défaillance de l'Etat en honorant selon les moyens disponibles les commandes de la structure à tous les niveaux : il participe à sa bonne marche.

Ses objectifs ont été élaborés en concertation avec les représentants de la population en mettant en avant ses priorités.

La contribution des communautés vise à rendre l'hôpital de Fann beaucoup plus fonctionnel sur tous les plans étant donné que le budget que l'Etat lui octroie suffit à peine à en assurer le fonctionnement correct

et satisfaisant. Donc celle-ci est venue en appoint aux pouvoirs publics pour le développement sanitaire.

C'est dans ce cadre que la vente des médicaments essentiels est installée dans la pharmacie de l'hôpital pour résoudre les problèmes de santé des usagers et de tous.

8.4. L'initiative de bamako à fann

Celle-ci est née de la volonté des chefs d'Etat de répondre aux besoins prioritaires de santé des populations lors d'une Assemblée Régionale de l'OMS à Bamako en 1987. Elle ne concernait que les cases, les centres et postes de santé. Malgré cela, les médicaments n'étaient toujours pas à la portée des individus. C'est pourquoi, les hôpitaux ont été amenés à vendre les médicaments essentiels (ME).

Des raisons sociales ont poussé l'hôpital de Fann à vendre des médicaments à un moindre coût afin qu'ils soient disponibles pour tous. C'est pourquoi, le 1er juillet 1997, la pharmacie de l'établissement a décidé d'instaurer l'Initiative de Bamako.

Pour cela, l'Organisation Mondiale de la Santé et la pharmacie du CHU de Fann ont fourni les produits nécessaires.

Un personnel a été recruté pour s'en occuper :

- 2 internes chargés de la supervision
- 2 vendeuses
- 2 collectrices d'argent

Celles-ci sont polyvalentes, elles sont divisées en deux groupes, l'un venant le matin, l'autre le soir. Ces agents sont rémunérés par le comité de santé.

L'IB marche de façon autonome, elle a un compte propre différent de celui du Co.S. Cependant il est important de préciser que l'IB ne concerne que les malades externes du CHU de Fann, les hospitalisés devant bénéficier gratuitement des médicaments. Aucune personne extérieure de la structure n'a le droit de venir acheter des ME à Fann sauf si l'ordonnance a été prescrite par un médecin appartenant à l'institution. Cette décision a été prise pour ne pas faire ombre aux officines privées.

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) se charge du renouvellement du stock des médicaments essentiels . En ce qui

concerne les spécialités, la pharmacie de l'hôpital achète directement par l'intermédiaire des représentants médicaux des laboratoires français.

Les médicaments sont en général à la portée des populations, le tableau ci-dessous va nous montrer la différence entre les génériques et les spécialités. ⁶²

TABLEAU N°25 : DIFFERENCE DE PRIX ENTRE SPECIALITES ET GENERIQUES

Noms de spécialités	Prix/cure	Génériques	Prix/cure
Totapen	5.200 F	Ampicilline	270 F
Tifomycine	4.680 F	Chloramphénicol	500 F
Nivaquine	420 F	Chloroquine	46 F
Quinimax	4.230 F	Quinine	1.250 F
Spéciafoldine	780 F	Acide folique	10 F
Doliprane	625 F	Paracétamol	30 F
Aspégic	500 F	Acide acétyl-salicylique	30 F

Commentaires

Les génériques permettent aux malades d'accéder à une meilleure santé et à un moindre coût d'une façon équitable. Ainsi les médicaments sont à la portée de tous.

En fonction des périodes du mois, les recettes varient entre 8.000 et 50.000 Fcfa par jour, elles sont versées directement au comptable du Co.S. mais dans un compte séparé.

Les fonds générés par l'IB sont répartis ainsi :

- Renouvellement du stock pour ne pas être en rupture
- Une partie est consacrée à la motivation du personnel
- Toutes les dépenses propres à la cellule sont prises en charge
- Nettoyage et entretiens des locaux de la pharmacie
- Conservation des produits.

Depuis qu'elle a été installée, elle marche bien d'autant plus que les populations sont au courant de son existence. Un fascicule des médicaments essentiels disponibles ont été remis à tous les médecins chefs de service qui les prescrivent à leurs patients.

Ceux-ci sont heureux de cette initiative qui leur permet de se soigner sans trop dépenser. A.M. 30 ans, chauffeur, Pikine affirme : « *ils ne savent même pas ce qu'ils ont fait en vendant les génériques. Je suis*

⁶²Enquête CHU sur l'IB.

resté longtemps malade sans pouvoir acheter mes médicaments parce qu'ils coûtaient 20.000 fcfa, mais avec les génériques je n'ai dépensé que 5.000 fcfa ».

Etant donné que les médicaments sont abordables, la pharmacie est fréquentée de façon continue par la population qui connaît la différence de prix entre les génériques et les spécialités. Grâce à elle, celle-ci parvient à suivre correctement ses traitements.

A la longue, l'initiative de Bamako fera du CHU de Fann un service de référence avec un meilleur suivi thérapeutique

Tout au début de son installation, elle a rencontré des problèmes de gestion qui se sont réglés, au fur et à mesure.

L'IB et la participation communautaire représentent pour les services de l'hôpital et les populations une aubaine pour sortir des problèmes de santé.

En utilisant les ME, les soins sont disponibles pour les populations à un coût très accessible. Par conséquent, celles-ci pourront économiser et consacrer cet argent à améliorer leur environnement (habitat, eau...) et leurs conditions de vie .

C'est dans ce cadre, que nous allons voir les réalisations communautaires sur le CHU de Fann et ses conséquences sociales sur les individus.

CHAPITRE IX : LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE : REALISATIONS ET LIMITES

La crise économique qui a secoué le pays a fait réfléchir les pouvoirs publics sur les moyens de faire face aux problèmes de santé. La participation leur est apparue comme la seule alternative possible pour arriver au développement sanitaire. celle-ci est présente dans toutes les structures de santé.

Elle est appliquée au CHU de Fann pour venir en appoint au budget de l'Etat qui s'est réduit par suite des politiques d'ajustements structurels. Ainsi, elle joue un rôle essentiel dans le fonctionnement de l'hôpital et de la prise en charge des malades. Elle est présente dans tous ses services.

9.1. Les acquis de la pc au chu de fann

Par sa présence dans la structure, la PC lui a permis de faire face aux difficultés de fonctionnement. Grâce à elle, l'hôpital a pu se doter de matériels médico-chirurgicaux, d'un service d'entretien et de maintenance et d'un personnel communautaire. Elle a aidé l'établissement hospitalier à acheter les équipements pour les services, surtout pour les laboratoires et la radiologie, également sur le plan financier.

9.1.1. Sur le plan financier

Les recettes apportées par la PC à l'institution de Fann sont estimées à 72.000.000. de Fcfa par an⁶³. Elles sont réparties dans tous les services. Nous allons voir en ce qui concerne le mois d'Août 1997 l'apport des populations afin de montrer son rôle et son importance dans le fonctionnement de l'hôpital. Celles-ci ont dépensé pour leurs soins durant le mois d'Août 5.877.500 Fcfa⁶⁴

⁶³Source enquête.

⁶⁴Bilan des recettes de la participation communautaire du mois d'Août 1997 à Fann.

TABLEAU N°26 : PARTICIPATION DES POPULATIONS /SERVICE

Services	Recettes	Recettes par service
Psychiatrie :		
Consultation externes	105.500	428.000 Fcfa
Consultation psychiatrie	175.500	
Hospitalisation	86.600	
Keur Khaléyi	66.000	
Neurologie :		
-Kinésithérapie	289.000	1.829.000 Fcfa
-Consultations des internes	71.000	
- Consultations Pr. NDIAYE	200.000	
- Consultations R.V.	135.000	
- Consultations autres médecins	101.000	
- Neuro-radiologie	283.000	
- E.E.G.	210.000	
- Hospitalisations	540.000	
-		
Laboratoire central	411.000	411.000 Fcfa
Neuro-chirurgie		
- Actes chirurgicaux	180.000	338.000 Fcfa
- Consultations	98.000	
- hospitalisations	60.000	
Maladies infectieuses		
- Consultations	64.000	541.000 Fcfa
- Labo hématologie	57.000	
- Hospitalisations	420.000	
Labo de bactériologie	288.000	288.000 Fcfa
Labo de parasitologie	82.500	82.500 Fcfa
Radiologie générale	850.000	850.000 Fcfa
Pneumo-phtisiologie		
- consultation NP	12.000	555.000 Fcfa
- Consultation	246.000	
- Hospitalisation	63.000	
- Laboratoire	234.000	
Pavillon d'accueil		
- Consultations jour	285.000	555.000 Fcfa
- Consultations nuit	148.000	
- Consultations permanence	122.000	
TOTAUX	5.877.500	5.877.500 Fcfa

Commentaires

Ce tableau révèle que malgré la dure conjoncture économique, les populations acceptent de se sacrifier pour recevoir des soins. Ses résultats prouvent que lorsque celles-ci sont sollicitées pour une cause essentielle, elles répondent présentes. Il est important pour elle d'avoir accès à de meilleurs soins ainsi que l'affirme la dame M.G. 37 couturière Yeumbeul : « *j'accepte de payer si c'est pour avoir de bons soins* ».

Ces fonds générés par la contribution financière des individus ont été d'un apport certain pour l'hôpital. Grâce à cela, son fonctionnement n'est plus bloqué par le manque de moyens pour assurer les dépenses immédiates.

Les sommes collectées sont redistribuées dans chaque service selon ses besoins et urgences. Le bilan des dépenses du mois d'Août 1997 effectuées grâce à la participation communautaire est significatif.

9.1.2. Sur le plan matériel

TABLEAU N°27 : BILAN DES DEPENSES DU MOIS D'AOÛT 1997 DU COMITE DE SANTE

- Achats de réactifs	101.220	<u>Solde positif au</u> <u>31.07.97</u>	<u>5.667.800</u>
- Réparation morgue	104.000		<u>Fcfa</u>
- Matériel d'électricité	80.000	<u>Recettes du</u> <u>mois d'Août</u>	<u>5.877.500</u> <u>Fcfa</u>
- Transports consommés	6.000		
- Entretien et rép. radios	42.000		
- travaux de maçonnerie	77.250		
- Réparation de rideaux en fer	245.000		
- Entretien et rep. véhicules	161.800		
- Films et produits radio	475.000		
- Achats de carburant	214.000		
- Confection badges	276.000		
- Réparations matériel médical	35.000		
- Agios bancaire	36.348		
- Achats de lubrifiants	17.870		
- Matériel de plomberie	24.580		
- Achats sachets pour mdts	15.000		
- Alimentations	10.000		
- Frais sur communiqué	22.250		
- Motivation du personnel	3.270.000		
- Frais de personnel	2.575.000		
TOTAL DES DEPENSES	7.790.093	<u>TOTAL DES</u> <u>ENTREES</u>	<u>11.545.300</u> <u>Fcfa</u>
		<u>Solde positif</u> <u>au 31.07.97</u>	<u>3.755.207</u> <u>Fcfa</u>

Commentaires

Les services rendus par le comité de santé c'est-à-dire par la participation des populations sont multiples et variés. Sa présence se voit partout dans les cliniques. Le comité fait des efforts considérables pour relever le plateau technique de l'hôpital. En raison de cela, le CHU de Fann finira par retrouver son rayonnement d'antan, pour offrir les meilleures prestations aux bénéficiaires qui en sont les instigateurs.

Cependant, les réalisations ne se situent pas seulement au niveau des dépenses , de l'équipement et du matériel médical ; elles apparaissent sur le plan des ressources humaines par le recrutement d'un personnel communautaire.

9.1.3. Sur le plan des ressources humaines

Grâce à la participation communautaire, le Co.S a pu recruter du personnel communautaire. Celui-ci est mis en place pour faire face à la pénurie d'agents médicaux et paramédicaux - dont souffre le CHU de Fann - et de ce fait assurer un bon encadrement sanitaire et médico-technique .

TABLEAU N°28 : PERSONNEL COMMUNAUTAIRE ⁶⁵

Services	Personnel
Radiologie générale	1 secrétaire 1 aide manipulateur 1 manoeuvre 1 fille de salle
Comité de santé	1 comptable (collecteur principal) 17 collecteurs pour tous les services
Neuro-chirurgie	3 aides infirmiers 1 fille de salle 1 garçon de salle 1 brancardier 2 gardiens
Laboratoire de parasitologie	1 technicienne supérieure 1 fille de salle

⁶⁵ Source : Etat de Paiement du personnel communautaire, Août 1997, Comité de santé du CHU de Fann.

Psychiatrie	1 éducatrice spécialisée 1 aide infirmière 2 gardiens
Maladies infectieuses	3 aides infirmiers 3 manoeuvres 1 fille de salle 1 jardinier
Service général	1 aide infirmier 1 agent intermédiaire 1 major 1 aide-infirmier pour la morgue
Pneumo-ptisiologie	3 aides laborantins 2 aides-infirmiers 1 manoeuvre
Pavillon d'accueil	1 médecin 1 ambulancier
Neurologie (neuro-radiologie) (E.E.G.) (Kinésithérapie)	1 manipulateur diplômé 1 manipulateur non diplômé 1 manoeuvre 1 aide-manipulateur 1 manoeuvre 1 aide-kinésithérapeute
Laboratoire	1 technicien supérieur
Initiative de Bamako	5 vendeuses et collectrices 2 pharmaciens
Laboratoire de bactériologie	2 techniciens supérieurs 1 aide laborantin
Laboratoire central	1 laborantin 1 aide laborantin

Commentaires

Dans la mesure où l'Etat ne parvient plus à remplacer les départs en retraites, les démissions et les décès, le comité de santé a été chargé de recruter du personnel communautaire à la demande des chefs de service. Chaque clinique en a bénéficié.

Le comité de santé est devenu un employeur dans la mesure où il a cherché un personnel qui s'occupe de la gestion des stocks, des agents de santé communautaire, des vendeurs en leur versant des traitements.

Il dépense pour la rémunération du personnel communautaire 2.569.500 Fcfa⁶⁶.

⁶⁶Source, Etat de paiement du personnel communautaire, Août 1997, comité de santé du CHU de Fann.

Relativement aux efforts fournis par les populations pour accéder aux soins et améliorer leur état de santé, nous pouvons dire que même si elle ne prend pas la place de l'Etat - le budget est toujours présent dans la structure - elle occupe une grande part dans sa redynamisation. Ainsi, les individus deviennent peu à peu agents de leur propre développement sanitaire.

Cependant, même si la participation communautaire et le comité de santé enregistrent des acquis concrets et positifs, ils comportent des limites.

9.2. *Les limites du comité de santé et de la participation communautaire*

Le comité de santé est l'unité de gestion de la participation communautaire. Il occupe une place centrale au niveau du CHU de Fann à travers sa contribution effective dans tous les services. Mais, ils sont confrontés tous les deux à des problèmes.

En ce qui concerne le comité de santé, les lourdeurs administratives qui ralentissent parfois le fonctionnement du CHU de Fann sont observées. Les commandes ne sont pas honorées à temps à cause des pesanteurs administratives.

Le niveau de certains membres du Co.S. est réellement bas parce qu'ils sont analphabètes. Par conséquent, des incompréhensions surviennent dans la gestion. D'autres sont réputés pour leur absentéisme notoire dû au fait qu'ils cumulent d'autres fonctions en dehors de celle occupée dans le Co.S. C'est pourquoi, les réunions ne sont pas tenues comme il se doit et les procès-verbaux ne sont jamais prêts à temps.

Le comité de santé manque de diversifications dans la recherche des ressources de financement. Il doit faire appel aux partenaires au développement, aux ONG pour épauler les populations afin que les efforts déjà fournis grâce à leur participation ne soit pas perdus.

Une certaine incompréhension existe entre les membres du bureau du comité de santé et ceux de la co-gestion. Les premiers ont l'impression d'être submergés par le nombre important de la co-gestion et estiment qu'ils n'ont pas la latitude d'agir selon leurs principes. Ils critiquent également l'administration parce qu'ils ignorent où passe le

budget de l'Etat alors que celle-ci contrôle toute dépense issue du comité de santé.

Les seconds affirment qu'ils sont autant impliqués par la gestion du Co.S. étant donné qu'il se trouve dans leur lieu de travail.

Face à ces problèmes auxquels le Co.S. est confronté, la participation communautaire n'en rencontre pas moins des limites.

En ce qui concerne la participation communautaire, l'analphabétisme et l'ignorance sont des freins à la réalisation de ses objectifs. Ils sont autant de facteurs limitant pour l'appréciation juste dans tous les paramètres du domaine de la santé attendue par les bénéficiaires.

La population n'est pas encore mûre pour comprendre son rôle et l'importance de son action sur le développement sanitaire. Surtout que Celle-ci avait toujours pensé que la santé était gratuite. Elle est consciente de sa contribution mais n'en comprend ni le sens, ni l'enjeu pour elle et pour le pays.

L'éducation, l'information et la sensibilisation font défaut car les collecteurs ont des difficultés certaines à amener les usagers à acheter le ticket de consultation. L'enjeu est important étant donné que cette contribution permet de relever la qualité des soins. Mais, le degré d'implication est encore loin d'être atteint.

Certains agents profitent de la PC pour faire payer les malades à tout bout de champ. L.D. 48 ans, enseignant Dieupeul affirme : *« ce qui se passe ici est inadmissible, lorsque ma soeur est décédée, on m'a obligé à payer 1.000 Fcfa pour qu'on amène le corps à la morgue. Je n'y comprend plus rien »*. La PC n'est pas maîtrisée et contrôlée.

Les populations ne peuvent pas à elles seules prendre en charge leurs problèmes de santé, l'Etat doit les épauler.

Aucune structure d'éducation sur la PC n'existe au CHU.

En définitive, l'étude de cette partie consacrée aux acquis de la participation communautaire et à ses limites au CHU de Fann nous a permis de relever son importance, son rôle, sa portée et ses insuffisances dans la structure.

CONCLUSION

Depuis les indépendances, le Sénégal a défini plusieurs programmes pour lutter contre les problèmes de santé qui se posent aux populations. Cependant, les plans d'ajustements structurels effets pervers de la crise économique ont eu pour conséquences les restrictions budgétaires.

Le secteur de la santé a été obligé de réduire son budget, c'est pourquoi, il ne parvenait plus à prendre entièrement en charge l'état sanitaire des populations. Ainsi, les pouvoirs publics ont décidé d'impliquer les collectivités sur tous les plans (humains, financiers et matériels) afin d'atteindre un niveau de santé satisfaisant.

Toutes les structures hospitalières ont été mises à contribution par l'installation des comités de santé pour gérer la participation des populations.

Au terme de cette étude où nous avons cherché à montrer que la participation communautaire était indispensable et incontournable pour permettre l'amélioration des prestations au CHU de Fann et par conséquent la santé des individus, nous pouvons maintenant voir ses conséquences sur le plan social.

Comme nous l'avons expliqué tout au long de ce travail, il ressort que la participation communautaire occupe une place essentielle dans le CHU de Fann et joue un rôle important dans le développement sanitaire des populations. La santé concerne autant les communautés, les agents de santé que l'Etat et les partenaires au développement. Chacun contribue à sa manière à lutter contre les maladies.

Les comités de santé sont considérés comme les « *chevilles ouvrières* » de la participation communautaire. Avec l'Initiative de Bamako, le rôle du comité de santé de l'hôpital est mieux défini. Il est responsable de la gestion des médicaments essentiels et en facilite l'accès à toutes les couches de la société.

Les usagers du CHU de Fann, les agents sanitaires (médecins, infirmiers, techniciens, etc) et l'administration deviennent progressivement partenaires de l'Etat. En effet, grâce à leur participation à l'effort de santé, l'hôpital se trouve peu à peu enrichi de matériel médical, d'un personnel communautaire, de médicaments etc. Ainsi le budget de l'Etat n'est plus épuisé grâce à l'apport de la PC .

De même, on peut affirmer qu'elle est une source de revenu pour les pouvoirs publics parce qu'elle les remplace là où ils font défaut. D'autant que le budget du CHU de Fann est insuffisant à assurer son fonctionnement. L'hôpital de Fann a de multiples raisons d'accepter la participation communautaire, car elle se charge des dépenses ponctuelles, et contribue d'une façon non négligeable à l'amélioration des conditions de séjour des malades. Le paiement des tarifs par les patients, et les systèmes de recouvrement des coûts des médicaments génériques est pour une grande part à maintenir la durabilité financière des soins de santé fournis par l'Etat.

Bien que les recettes collectées au départ soient modestes, il est évident qu'elles pourraient augmenter avec l'amélioration des services, de la qualité des soins et avec la conscientisation encore plus intense des populations sur les avantages que leur confère la PC.

La participation communautaire favorise le relèvement du niveau du CHU de Fann - qui est un centre de soins spécialisés, de formation et de recherche - qui avait décliné faute de moyens. Son apport constitue un pas vers le développement sanitaire souhaité, puisqu'en prenant en charge l'équipement, l'entretien, la maintenance, le personnel ..., elle permet à la structure de fonctionner d'une façon correcte et de satisfaire à la demande des bénéficiaires .

Par ailleurs, la participation communautaire a des répercussions sur le plan social, parce qu'il importe de reconnaître que tout problème de santé a une dimension sociale. Il serait difficile de concevoir une situation sanitaire qui n'ait aucun lien avec les caractéristiques sociologiques de la société dans laquelle elle a surgi.

C'est pourquoi, il est essentiel de relever les conséquences sociales à l'implication des populations dans l'amélioration de leur propre état sanitaire. Les taux élevés de morbidité et de mortalité précoces que connaît le Sénégal lui font payer un lourd tribut. Le mauvais état de la santé est source de peine et de souffrance, il brise l'énergie et la capacité de la population à travailler normalement, installe la pauvreté et la misère et l'empêche de profiter de la vie . Il est certain également qu'une mauvaise santé compromet l'éducation des enfants, brise les liens de solidarité. C'est à cause de cela que le pays n'a pas atteint un niveau de développement satisfaisant. La maladie est un handicap pour la croissance économique.

Ainsi, l'implication des populations à la prise en charge de leur état de santé est une excellente idée. Elle lutte contre le chômage à travers le recrutement du personnel communautaire, ce faisant elle aide à relever les conditions d'existence des individus.

L'accès aux soins entraîne un meilleur état de santé qui par conséquent accroît la productivité. Si le gouvernement applique comme il se doit les principes de la participation communautaire, le Sénégal pourra tendre au développement économique et social. Par ailleurs, la pauvreté et la misère vont diminuer parce que les individus auront la force de travailler et les moyens seront à leur disposition pour cela. Les populations responsabilisées seront capables de définir leurs priorités pour une plus rapide prise en charge de leur santé.

La contribution des individus implique la conscience de soi et des autres qui fait renaître les notions de solidarité, d'entraide et de partage. Ces valeurs sont le ciment du Sénégal, mais elles avaient commencé à disparaître à cause de la pauvreté exacerbée par les maladies.

Etant donné que chacun paie la consultation, la qualité des soins est la même pour tous (riche, moyen ou pauvre). Donc la PC fait ressortir les notions d'équité et d'égalité en matière de santé pour toutes les couches sociales.

Cependant, il reste beaucoup à faire car le degré de sensibilisation est faible. Il faudrait pour cela que les structures hospitalières soient dotées de centres d'éducation pour la prévention des maladies en langues nationales afin d'informer les gens sur l'importance de la participation.

Le comité de santé ne doit pas jouer le rôle de « *mécène* » seulement mais, il a le devoir de réveiller les populations en ce qui concerne et qui touche tout ce qui appartient à leur environnement socio-culturel, leur milieu de vie (habitat, approvisionnement en eau, éducation ...) Celles-ci doivent être éduquées pour parvenir à un niveau de participation importante.

Leur contribution ne doit pas se limiter à une participation symbolique comme la collecte des fonds ou l'achat de matériel ou une aide sous forme de main-d'œuvre à la bonne marche de l'hôpital. Mais il faudrait les impliquer étroitement sur tout ce qui concerne leur bien-être.

L'Etat ne doit pas laisser la responsabilité entière de l'amélioration de la santé aux populations seulement, il doit jouer un rôle actif et travailler main dans la main avec les communautés ; car un meilleur état sanitaire est le garant pour les pouvoirs publics d'arriver à un développement rapide et durable.

La population en améliorant son état de santé, pourra s'occuper de l'éducation de ses enfants, étant donné que, des parents malades sont inaptes à prendre en charge leurs familles et la gestion de leur environnement socio-culturel. Il ne s'agit pas seulement de maximiser la participation communautaire, mais il faut l'optimiser afin d'obtenir une durabilité fondée sur le développement humain.

Il faut également que celle-ci soit vue d'une façon globale, c'est-à-dire considérer les besoins de la population comme un tout et un processus et non comme un ensemble de casiers isolés, séparés et traités de manière différente. Il faut élargir la participation en renseignant les populations sur la nature du processus, le rôle et les avantages qu'elles en retireront sur tous les plans.

La PC permet aux populations d'avoir un droit de regard sur la façon dont on s'occupe de leur santé et de ne plus avoir cette mentalité d'éternels assistés et d'être responsable de leur devenir.

Elle favorise la promotion de l'auto-développement des communautés, des individus et de leur famille et une prise en charge active de leur propre avenir.

Pour sa réussite, il faut considérer la PC à la fois comme stratégie et processus et la santé comme une condition humaine et non comme une prestation de service .

Cependant, la réforme hospitalière issue de la décentralisation - qui confie les formations hospitalières aux collectivités locales - ne va t-elle pas créer des problèmes aux populations sur leur importance et leur rôle dans la prise en charge de leur développement sanitaire ; d'autant plus que la participation communautaire à l'effort de santé n'est pas comprise et appréciée à sa juste valeur par les communautés ?
Ne serait-ce pas un frein pour l'amélioration de leur état de santé ?

Telles sont les questions qui intéresseront des projets pour d'autres études plus approfondies.

BIBLIOGRAPHIE

I OUVRAGES

- 1- BERTHELOT, J.M. : L'Intelligence du social, sociologie d'aujourd'hui, Paris, P.U.F., 1990, 249p.
- 2- BOUDON, R (sous la direction de) : Dictionnaire de sociologie, Paris, Larousse, 2^{ème} édition, 1990, 237p.
- 3- BLANCHET, A ; GOTMAN, A : L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Ed Nathan Université, Collection sociologie, 1992, 128p.
- 4- CROZIER, M ; FRIEDBERG, E : L'Acteur et le Système - Les contraintes de l'action collective, Paris seuil, 1977, 446p.
- 5- DE SINGLY, F : L'enquête et ses méthodes : le questionnaire, Ed Nathan Université, Collection sociologie, 1992, 128p.
- 6- DURAND, J.P ; WEIL, R : Sociologie contemporaine, Paris, Ed Vigot 1993, 644p.
- 7- DURUFLE, G : Le Sénégal peut-il sortir de la crise ? 12 ans d'ajustement structurel au Sénégal, Paris, Karthala, 1994, 222p.
- 8- FERREOL, G (sous la direction de) : Dictionnaire de sociologie, 2^e Edition, Paris, Ed Armand Colin, Cursus 1995, 315p, pp 195-196.
- 9- FOGUI, J.P. : « l'expérience camerounaise de la participation populaire au développement : les communautés villageoises », in Annales du tiers-monde, Paris, Vol 8 N° Spécial 1984, pp. 123-135.
- 10- GRAWITZ, M : Méthodes des sciences sociales, Paris, Ed. Dalloz 1993, 870p.
- 11- MENDRAS, H, : Eléments de sociologie, Paris, Ed Armand Colin 4^e édition 1996, p. 176.
- 12- PANOFF, M ; PERRIN, M. : Dictionnaire de l'ethnologie, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1973, 224p.
- 13- QUIVY, R ; CAMPENHOUDT, L.V. : Manuel de recherches en sciences sociales, Paris, Dunod, 1988, 271p.

14- ROCHER, G : « Ferdinand Tönnies : Les fondements psychiques des rapports sociaux », in Introduction à la sociologie générale, 3è éd, Québec, Edition Hurtbise HMH, Ltée, 1992, 685p.

15- TÖNNIES, F : Communauté et société, Paris P.U.F. , 19 , p. 29.

II DOCUMENTS ET REVUES CONSULTES

1- Association Pour La Promotion De L'Hôpital De Fann, Réunion du comité de gestion, amendements apportés au décret 92-118 du 17/01/92 décembre 1992 et Procès-Verbal De l'Assemblée Générale Constitutive Novembre 1986.

2- BITRAN, R ; BREWSTER, S ; BA, B : Coûts et financement et efficience des prestations de santé au Sénégal - une analyse comparative des prestataires publics et privés, Document de recherche appliquée n°11F HFS USAID DAKAR, Juillet 1994, 98p.

- Coûts, Financement Et Efficacité Des Etablissements Sanitaires Au Sénégal, document de recherche appliquée principale n°8 HFS - USAID, DKR, février 1994, 130p.

3- Bulletin Trimestriel Du Bureau De La Représentation De L'OMS Au Sénégal n°9 Novembre 1996, Nouvelle Série.

4- BONNALD, J (sous la direction de) : Service de l'analyse et de l'organisation du développement rural ; participation et risque d'exclusion, réflexion à partir de quelques exemples sahéliens, participation populaire 9 FAO, Rome 1995 p12, 86p.

5- Bulletin Médical De L'AOF : Taches et problèmes de la santé publique en AOF n° Spécial Janvier 1954. Direction Générale de la Santé publique.

6- BOOTH, M.E. ; RASMUSON, R et alii (sous la direction de) : communication pour la survie de l'enfant, Juin 1988 Washington DC - 150p.

7 - Cahiers De Santé : Appui des systèmes de santé aux SSP ; études basées sur les discussions techniques tenues pendant la 34e Assemblée Mondiale de la santé 1981 OMS, Genève.

8- CICED : Etude relative à la problématique des comités de santé dans la nouvelle politique de développement sanitaire : Evaluation, perspective, Dakar mai 1997, 73p. + annexes

- 9- CORNIA, A.G. ; JOLLY, R ; STEWART, F (publié sous la direction de) : l'ajustement à visage humain : protéger les groupes vulnérables et favoriser la croissance, Paris, Ed Economica Unicef, 1987, 372p.
- 10- D.D.M : Etude des stratégies de mobilisation des ressources dans le secteur de la santé : le cas du Sénégal, Washington D.C. , août 1996, 63p.
- 11- DJUKANOVIC ; MACH, E.P (présenté par) : comment répondre aux besoins fondamentaux des populations dans les pays en voie de développement, Etude commune FISE/OMS, 1975.
- 12- Direction De La Planification, travaux préparatoires du XIe Plan, Phase - diagnostic : Bilan sectoriel de la santé et de l'action sociale, 1995, 20p.
- 13- Echos De La Santé : Le Sénégal à l'heure des districts sanitaires, Nouvelle Série N°2 Août - Septembre 1994
- 14- Echos De La Santé : Quand la santé consulte et... se soigne, Nouvelle Série N°5, Août -Septembre 1995.
- 15- Emission Pile Et Face avec comme invité le Ministre de la Santé et de l'Action Sociale, Juillet 1997.
- 16- Enquête Démographique et de Santé, EDS II 1992/93, 284p.
- 17- Enquête Division Des Soins De Santé Primaire : Participation financière de la population dans le cadre de l'initiative de Bamako, Bilan 1995, 9p.
- 18- HONG, K.K (sous la direction de) : jeux et enjeux de l'auto-promotion. Vers d'autres formes de coopération au développement, Paris, PUF, Genève, Cahiers de l'IUED, 1990, 204p.
- 19- Institution de la Coopération Internationale : Education des adultes et développement : le développement et la participation communautaire.
- 20- International Institute for Environment and Développement (IIED) : Participation populaire au développement , Doc n°7 Juin 1989.

- 21- Le Courrier n°147 : Dossier santé publique, Septembre - Octobre 1994, p45.
- 22- LECOEUR, J : « De l'intérêt du paiement partiel des soins par les usagers à l'hôpital régional de Tambacounda », Mémoire de santé publique et communautaire de l'université Henri Poincaré, Nancy, 1995, 23p + annexes.
- 23- Le GARNEC : Rapport sur les hôpitaux relevant du MSAS, document photocopié, Dakar, Juin 1990, 71p + annexes.
- 24- Loi n°92.07 Modifiant L'Intitulé De L'Article 821 Du Code Des Obligations Civiles, janvier 1992, 12p.
- 25- MANGANE, A (présenté par), rapport : « Cours de formation spécialisée en gestion pharmaceutique appliquée au secteur public », Dakar du 15 Avril 1996 au 07 juillet 1996, Université de Montpellier I et OMS, Mission de formation permanente, 14p.
- 26- Ministère De La Santé Et De L'Action Sociale (MSAS), Projet De Développement Des Ressources Humaines (PDRH1) Composante Santé : Projet de référence sur l'efficacité du système de recouvrement des coûts , juin 1994, 5p.
- 27- MSAS : Projet de loi de Finances pour 1996, document photocopié, Dakar 1995, 137p.
- 28- MSAS : Nouvelles orientations de la politique de Santé et d'Action Sociale, document photocopie, Dakar juin 1995, 46p.
- 29- MSAS : Déclaration de politique nationale de santé et orientations pour une politique d'action sociale, document photocopié, Dakar Août 1991, 11p.
- 30- MSAS : Conseil Interministériel sur la santé et l'action sociale, document photocopié, Dakar, Septembre 1993.
- 31- MSAS : Projet de développement sanitaire, Mission préparatoire du projet 20 Novembre, 1er décembre 1995, document photocopié, Dakar, décembre 1995, 9p + annexes.

- 32- MSAS, Rotary International : Mobilisation pour les soins de santé primaire Unicef, 1987, pp 5 - 7.
- 33- MSAS - USC Santé / PDRH : « Textes sur l'organisation et le fonctionnement des comités de santé », textes de Loi n°92.07 Dakar, 1992, 12p.
- 34- MSAS : Atelier de planification par objectifs portant sur les nouvelles orientations de la politique nationale de santé et d'action sociale ; rapport final des ateliers d'Octobre et de Décembre 1995, Décembre 1995, 50p + annexes.
- 35- MSAS, étude réalisée sous la direction de Ibrahima SALL : Population et décentralisation des services de santé au Sénégal : Approche participative, rapport provisoire, Dakar, Octobre 1996, 52p. + annexes .
- 36- MSAS : Statut juridique du CHU, 2è partie : Définition et règles de fonctionnement, 1995, 44p + annexes.
- 37- MSAS : Déclaration de la politique nationale de santé , juin 1989, 50p.
- 38- MSAS, Performances : l'Initiative de Bamako au Sénégal, janvier 1997, 12p.
- 39- MSAS, Projet CHU De Dakar : Projet de réhabilitation des services hospitaliers du CHU et le Dantec, avant projet, sommaire (1ère partie : tâche 1)
- 40- MONEKOSSO, G.L : Scénario de développement sanitaire en 5 phases, Accélérer l'instauration de la santé pour tous les africains, OMS, Brazzaville, Janvier 1989, pp. 49-51.
- 41- NEWELL, K. W (sous la direction de) : Participation et Santé, OMS, Genève 1975 p.207, 223p.
- 42- Organisation Mondiale De La Santé, Bureau Régional De La Région Africaine : Mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la SPT/2000, 2e évaluation, 8e Rapport sur la situation sanitaire dans le monde Vol2, Région Africaine, Brazzaville, 1994, 265p.

43- OMS, Série De Rapports Techniques 809 : l'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé, Genève 1991.

44- Projet, Statut Du Comité De Santé Du CHU De Fann , 1992.

45- Revue Internationale De Développement Sanitaire : Forum Mondial de la santé, OMS, Genève vol 13, n°2/3, 1992.

- Vol 7, OMS Genève n°2 p163.

46- Réunion Du Comité De Co-gestion Du Comité De Santé Du CHU De Fann : Propositions de procédures 27 Juin 1996.

47- Le Soleil, Rubrique Santé : Des médicaments à la portée des malades. 29 Novembre 1991, n°6450.

48- Le Soleil : Session budgétaire, Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale : « 1 milliard et ½ pour le filet de sécurité sociale », Décembre 1996, n°7958.

49- Situations financières du mois de juillet et août 1997 du comité de Santé de l'hôpital de Fann., 5p.

50- Santé, Sécurité Sociale, Statistiques et Commentaires : Economie et Santé juillet 1980, 81p.

51- THIOUNE, M : Financement de la santé au Sénégal - Analyse des déterminants de la performance des comités de santé, rapport provisoire du CESAG Dakar, Août 1993, 34p + annexes.

52- TOURE, O.K : La secrétaire médicale et le secret professionnel dans un service de neurologie - Rapport de stage effectué au CHU de Fann 1992 - 1993, 31p. + annexes.

53- Trimestriel De Holding Guy - Gui S.A : entretien avec Mr. Ousmane NGOM, MSAS : « Nous avons fait sauter les goulots d'étranglements » - Octobre - Novembre - Décembre 1996, pp. 8-17.

54- UNICEF, l'I.B : Reconstruire les systèmes de santé, Unité de gestion pour l'I.B, janvier 1995, 19p.

55- VAURS, R ; LECHUGA, P ; DIAWARA, A : « Problèmes liés au financement de la santé », rapport Banque Mondiale n°11059 - SE - 30 octobre 1992, 72p.

56- VERLE, P : Evaluation du PDRH1, revue à mi-parcours, volet santé, octobre 1994, 74p.

57- World Health Organisation - WHO (1978), Alma-Ata 1978 : Primary Health Care, report of the International Conférence On Primary Health Care, Alma-Ata USSR - 6 - 12 Septembre 1978, Health for All n°1.

58- YEUNG, Y.M ; MAC GEE, T.G : Le rôle de la participation communautaire dans la prestation des services municipaux en Asie, in Forum mondial de la santé, revue internationale de développement sanitaire, O.M.S., Genève, vol 13 n° 2/3, 1992, p61.

ANNEXE

GUIDE D'ENTRETIEN

POUR LE PERSONNEL DE L'IB ET LES POPULATIONS

Objectifs : Connaître le rôle et l'importance de la Pharmacie I.B. pour les populations et le CHU Fann.

Thème I

Questions relatives à la connaissance de l'IB

- La date de création de l'IB
- Les raisons de sa mise en place
- Comment ?
- Par qui ?
- Localisation
- Ses objectifs
- Son fonctionnement

Thème II

Gestion de l'IB

- Gestion de l'IB
- Financement
- Fourniture de médicaments
- Gestion des recettes tirées de l'IB

Thème III

Degré de connaissance de l'IB par les populations

- Perception de l'IB du CHU par les populations
- Source d'informations
- Fréquentation de la Pharmacie I.B.
- Différence entre la pharmacie normale et l'IB

Thème IV
Les améliorations apportées par l'IB à Fann et chez les malades

- Acquis
- Sa portée
- Son importance

Thème V
Limites de l'IB

- Facteurs qui gênent sa progression
- Les insuffisances
- problèmes posés par son application.

GUIDE D'ENTRETIEN

POUR LES MEMBRES DU COMITE DE SANTE

Objectifs : Connaître les objectifs, le rôle, le mode de fonctionnement, les réalisations et les limites du Co.S. de l'hôpital de Fann.

Thème I

Connaissance du comité de santé

- Date de création
- Les raisons de sa création
- Comment
- Par qui ?
- Localisation
- Ses objectifs
- Ses actions
- Les populations ont-elles été associées à la mise en place du Comité de Santé ?

Thème II

Mode d'organisation et de fonctionnement du Co.

- Fonctionnement du Co. S.
- Organisation du Co. S.
- Les membres ont-ils été élus ?
- Par qui ?
- Activités entrent-elles dans le cadre du mandat ?
- Partenaires autres que les populations locales
- Rôle de chaque membre.

Thème III

Gestion des Ressources financières du Co. S.

- Financement du Co. S.
- Gestion
- Contrôle

- Utilisation des moyens financiers, matériels et techniques du Comité de Santé.

Thème IV

Participation communautaire

- Sens de la P.C.
- Comment se fait-elle ?
- En quoi consiste-t-elle ?
- Pour qui est-elle ? les riches, les pauvres ou pour tous ?
- Les populations en bénéficient-elles réellement ?
- Celles -ci en participant à l'effort de santé prennent-elles de la place de l'Etat ?

Thème V

Réalisations

- Acquis de la P.C. au CHU de Fann
- Impact sur la santé des populations
- Evolutions des activités du Co.S.
- Comment se fait-elle ?
- Qui y participe ?
- Les populations sont-elles impliquées à l'évaluation ?
- Il y a-t-il un suivi après l'évaluation ?
- Réalisation sur le CHU, les populations
- Utilisation des bénéfices acquis
- Les réinvestissez-vous dans le CHU ?

Thème VI

Limites

- Difficultés rencontrées par le Co.S. dans l'exécution de ses objectifs
- Sur le Plan humain
- Sur le plan financier
- Sur le plan matériel
- Sur le plan technique.

QUESTIONNAIRE MEDECINS-CHEFS

I. Sexe

1 Masculin

2 Féminin

II. Age

1 Quel âge avez-vous ?

III. RELIGION

III.1. Quelle est votre religion ?

1. Musulman

2. Catholique

3. Animiste

4. Autre

IV. STATUT MATRIMONIAL

IV.1. Etes-vous :

1. Marié

2. Célibataire

3. Divorcé

4. Veuf

5. Autre

IV.2. Etes-vous :

1. Polygame

2. 2 femmes

3. 3 femmes

4. 4 femmes

5. Monogame

IV.3. Combien d'enfants avez-vous ?

1. 2

2. 4

3. 6 et +

4. pas d'enfants

V. Rapports entre les Services du CHU de Fann et l'Administration.

V.1. Quelles relations votre service entretient-il avec l'administration du CHU ?

v. 2. Rencontrez-vous des difficultés avec la direction dans la gestion de votre service ?

1. OUI

2. NON

3 - Si OUI de quel ordre sont-elles ?

V.3. Quelle est la part du budget allouée à votre service ?

1. Permet-elle de vous en sortir ?

1. OUI 2. NON

V. 4. Etes-vous impliqués aux prises de décision concernant la structure hospitalière ?

1. OUI 2. NON

3. Si non pourquoi ?

V. 5. Quelles sortes de problèmes rencontrez-vous dans l'exercice de vos fonctions ?

V. 6. Comment est organisée la structure hospitalière ?

V. 7. Est-elle hiérarchisée ?

1. OUI 2. NON

3. Si OUI quelle est votre place dans cette hiérarchie ?

VI. Importance et rôle du Comité de Santé dans les services du CHU de Fann.

VI. 1. Quelles sont vos rapports avec le Co.S ?

VI. 2. Parvient-il à subvenir aux besoins de votre service ?

1. OUI 2. NON

3. Si OUI comment ? 4. Si non pourquoi ?

VI.3. Quelle est la part du Co. S. dans votre service ?

VI.4. Etes-vous souvent appelé à utiliser ses services ?

1. OUI 2. NON
3. Expliquez

VI. 5. Quel est son rôle dans votre structure ?

VI. 6. Le Comité de Santé est-il réellement important pour l'hôpital de Fann ?

1. OUI 2. NON

VI. 7. Que pensez-vous de la P.C. à Fann ?

VI. 8. Est-ce une solution raisonnable aux problèmes de santé ?

VII. Réalisations du Comité de Santé et limites dans les différents service de l'hôpital.

VII.1. Quelles sont les réalisations du Comité de Santé dans votre service ?

1. sur le plan humain
2. sur le plan matériel
3. sur le plan sanitaire
4. sur le plan financier

VII. 2. Quel est son apport dans le fonctionnement de votre service ?

VII. 3. Sa mise en place a-t-elle permis une amélioration de la qualité de vos prestations ?

1. OUI 2. NON

VII. 4. Que reprochez-vous au comité de santé ?

VII. 5. A-t-il atteint les objectifs fixés par la politique nationale de santé ?

1. OUI 2. NON
3 Si OUI comment et en quoi ? 4 Si NON pourquoi ?

VII.6. Quelles solutions préconisez-vous pour surmonter les lacunes identifiées dans le Co. santé ?

VIII. Fréquentation du service

VIII. 1. Combien de malades recevez-vous par jour ?

VIII. 2. Quelle est leur moyenne d'âge ?

VIII. 3. Recevez-vous plus d'hommes ou plus de femmes ?

VIII. 4. Quel est en général leur lieu de provenance

VIII. 5. Ont-ils les moyens de faire face à leurs problèmes de santé ?

1. OUI 2. NON

VIII.6. Les prestations sont elles à leur portée avec la participation communautaire ?

1. OUI 2. NON

IX. Perception du programme national de développement sanitaire et social

IX.1. Que pensez-vous du PNDSS ?

IX.2. Croyez-vous que ses objectifs seront atteints ?

1. OUI 2. NON
3. Si NON Pourquoi ?

IX.3. La participation des populations est-elle indispensable pour l'amélioration de l'Etat sanitaire ?

1. OUI 2. NON
3. Si OUI ou si NON expliquez 4. Que faut-il faire ?

IX. 4. Quelles peuvent être les conséquences sociales de cette participation ?

QUESTIONNAIRE POPULATION

I. Région ou quartier de provenance

1. De quel quartier ou Région du Sénégal Venez-vous ?

II. Sexe

- 1. Masculin
- 2. Féminin

III. Age

1. Quel âge avez-vous ?

IV. Religion

IV.1 Quelle est votre religion ?

- 1. Musulman
- 2. Catholique
- 3. Animiste
- 4. Autres

V. Confrérie

V. 1. A quelle confrérie appartenez-vous ?

- 1. Tidiane
- 2. Mouride
- 3. Khadre
- 4. Niassène
- 5. Layène
- 6. Autre

VI Groupes Ethniques

VI. 1. A quelle ethnie du Sénégal appartenez-vous ?

- 1. Wolof
- 2. Hal-pularr
- 3. Sérère
- 4. Diola
- 5. Autre

VII. Statut Matrimonial

VII.1. Etes-vous :

- 1. Marié (e)
- 2. Célibataire
- 3. Divorcé (e)
- 4. Veuf (ve)

VII.2. Etes-vous

- 1. Polygame
- 2. 2 femmes
- 3. 3 femmes
- 4. 4 femmes
- 5. Monogame

VII.3. Combien d'enfants avez vous ?

VIII. Niveau d'Instruction

VIII. 1. Quel est votre niveau d'étude ?

- 1. Primaire
- 2. Secondaire
- 3. Supérieur
- 4. Coranique

VIII. 2. Quelle est votre situation Professionnelle ?

pour les hommes

- 1. Cultivateur
- 2. Tailleur
- 3. Maçon
- 4. Chauffeur
- 5. Menuisier
- 6. Enseignant
- 7. Infirmier
- 8. Employé de bureau
- 9. Mécanicien
- 10. Autres.

pour les femmes

- 1. Ménagère
- 2. Vendeuse
- 3. Couturière
- 4. Paysanne
- 5. Etudiante
- 6. Autres

IX. Appréciation des problèmes de santé par les populations

IX.1. La santé est-elle importante pour vous ?

- 1. oui
- 2. Non

IX.2. Consacrez-vous assez de moyens pour l'amélioration de votre état de santé.

- 1. Oui
- 2. Non

IX.3 Etes-vous confronté à des difficultés pour prendre soin de votre santé

- 1. Oui
- 2. Non

IX.4. Quelles sont-elles ?

X. Connaissance du Co.S.

X.1. Avez-vous connaissance du Co. S. ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Si oui par l'intermédiaire de qui ?

X.2. Quelle perception en avez-vous ?

X.3. Faites-vous partie du Co. S. de :

- 1. Fann
- 2. Votre quartier
- 3. Votre région
- 4. Oui
- 5. Non

X.4. Si Oui, Avez-vous participé à l'élection de ses membres ?

- 1. Oui
- 2. Non

XI Les prestations qui vous sont offertes sont-elles conformes à vos attentes ?

- 1. Oui
- 2. Non

XI.1. Pourquoi n'êtes-vous pas allé au poste, ou centre de santé de votre quartier ou à l'hôpital de votre région ?

XI.2. Payez-vous pour vous faire consulter ?

1. Oui
2. Non

3. Si oui combien ?
4. Si non Pourquoi ?

XI.3. Savez-vous où va l'argent du ticket que vous achetez ?

1. oui
2. Non

3. Si oui expliquez

XI.4. Avez-vous conscience de votre participation à l'amélioration de l'état sanitaire ?

1. Oui
2. Non
3. Si oui comment ?

XII. Quelle est l'importance du Co.S. pour vous ?

XII.1. Le Co.S. du CHU s'occupe-t-il correctement de vous ?

1. Oui
2. Non

XII.2. Le personnel du Co. S. vous informe-t-il des problèmes de santé existant et de la façon d'améliorer votre état de santé ?

1. Oui
2. Non
3. si oui par quels moyens ?

XII.3. Depuis son installation, avez-vous constaté une amélioration de la qualité des prestations ?

1. Oui
2. Non

3. Si oui expliquez

XII.4. Que vous apporte le Co. S. ?

XII.5. Etes-vous impliqué dans la prise de décision ?

- 1. Oui
- 2. Non

XII.6. Quelle est son importance pour vous ?

XII.7. Avez-vous des comptes-rendus de la manière dont votre participation est gérée ?

- 1. Oui
- 2. Non

XII.8. Que lui reprochez-vous ?

XII.9. Pensez-vous qu'il faudrait faire plus pour améliorer la qualité des prestations ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Si oui, que suggérez-vous ?