



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE



Centre collaborateur de l'OMS

**Neuvième Cours de Maîtrise en Administration Sanitaire
et Santé Publique
Promotion (2006-2008)**

**EVALUATION DE LA PARTICIPATION
COMMUNAUTAIRE AU PROCESSUS DE
PLANIFICATION DANS UN SYSTEME DE SANTE
DISTRICT : ETUDE DE CAS DU DISTRICT SANITAIRE
DE MBAO**

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de maîtrise
en Administration Sanitaire et Santé Publique**

Option : Santé publique

Elaboré par : Dr Bineta SENE SEMBENE

Juillet 2008

RESUME

Depuis l'accession du Sénégal à l'indépendance, le secteur de la santé a connu plusieurs réformes. Dans le cadre d'une réforme administrative et politique globale, les pouvoirs publics ont promu l'appropriation par les populations de la gestion du système de santé, en transférant aux collectivités de base les compétences afférentes.

Cette décentralisation, renforcée en 1996, a pour principe essentiel de rapprocher l'administration des administrés pour une meilleure prise en compte des besoins réels des populations dans le processus de planification sanitaire qui implique tous les acteurs concernés et à tous les niveaux de décision.

Au bout de dix années d'application, le changement de paradigme attendu visant à faire des collectivités locales les acteurs de l'identification et de la prise en charge des besoins de santé n'est pas instauré. Cette forme de planification n'impliquant pas les collectivités locales peut négliger les opportunités de financements alternatifs et complémentaires de la santé existantes avec la décentralisation et la coopération décentralisée.

L'étude de cas menée dans le district de Mbao avait pour objectif d'évaluer la participation communautaire dans les processus de planification en matière de santé. Des entrevues semi structurées avec les acteurs de la planification nous ont permis de constater que cette participation communautaire est moyenne selon l'échelle des indicateurs de la participation communautaire de BICHMANN adaptée.

Aussi, des recommandations ont été faites pour mieux impliquer les populations dans les activités du district et pour voir ainsi aux principes fondamentaux de la participation communautaire qui est la « cheville ouvrière » du système de santé sénégalais.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I. DESCRIPTION DE LA PROBLEMATIQUE	3
1.1. Contexte politique de l'étude	3
1.2. Problématique de l'intégration des collectivités locales dans le cycle de planification	4
II. JUSTIFICATIF DE L'ETUDE	5
III. OBJECTIFS DE L'ETUDE	7
IV. REVUE DE LA LITTERATURE	7
4.1. Définition de la sante publique	7
4.2. Historique de la sante publique et de la sante Communautaire	8
4.3. La participation communautaire	11
4.3.1. <i>Définition</i>	11
4.3.2. <i>Les dimensions de la participation communautaire</i>	13
4.3.3. <i>L'évaluation de la participation communautaire :</i>	15
4.4. Décentralisation et soutien national	16
4.5. La planification et la participation communautaire	20
4.5.1. <i>Le concept de santé</i>	20
4.5.2. <i>Définition de la planification</i>	22
4.5.3. <i>Les perspectives de santé communautaire en planification de santé</i>	24
4.5.4. <i>Les étapes de la planification</i>	25

V.	HYPOTHESES DE RECHERCHE	28
VI.	CADRE D'ETUDE	29
	6.1. Organisation du système de santé du Sénégal.	29
	6.1.1. <i>Le secteur public</i>	29
	6.1.2. <i>Le secteur privé</i>	29
	6.2. Le district sanitaire	32
	6.2.1. <i>Définition d'un système de santé district</i>	32
	6.2.2. <i>Mission et attributions du district sanitaire</i>	35
	6.3. Analyse situationnelle du district sanitaire de Mbao :	37
	6.3.1. <i>Caractéristiques socio économiques</i>	37
	6.3.2. <i>Organisation du district sanitaire de Mbao</i>	38
	6.3.3. <i>Présentation du district sanitaire de Mbao</i>	39
VII.	METHODOLOGIE	41
	7.1. Stratégie adoptée	41
	7.2. Type d'étude	42
	7.3. Population d'étude	42
	7.4. Déroulement de l'enquête	43
	7.5. Recueil des données	44
	7.6. Analyse des données	44
	7.7. Les limites de l'étude	45
VIII.	PRESENTATION ET DES RESULTATS	46
	8.1. Distribution des structures de santé dans le district	46
	8.2. Répartition de la population d'étude selon la provenance	47
	8.3. Résultats de l'enquête qualitative	47

IX.	ANALYSE DES RESULTAT	51
	9.1. Identification des problèmes	51
	9.2. Détermination des priorités	52
	9.3. Fixation des buts et objectifs	52
	9.4. Détermination des actions pour atteindre les objectifs	54
	9.5. Prévision et mobilisation des ressources requises	54
	9.6. Fixation des objectifs spécifiques	54
	9.7. La mise en œuvre des plans	54
	9.8. Le suivi et évaluation	54
X.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	57
	10.1. Les facteurs favorables de la participation communautaire à la planification des activités	57
	10.2. Impact de la planification sur l'organisation de l'offre de soins et services de santé	58
	10.3. Les contraintes de la participation communautaire à la planification des activités	59
	10.3.1. <i>Le concept de communauté</i>	60
	10.3.2. <i>Le concept de</i> <i>« participation communautaire »</i>	61
	10.3.3. <i>Les conditions de mise en place</i> <i>de la politique de décentralisation</i>	62
	10.3.4. <i>La responsabilité des institutions</i>	66
XI.	RECOMMANDATIONS	67
	CONCLUSION	69
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXE	

INTRODUCTION

La participation de la population à l'effort de santé a été formalisée au Sénégal dans le cadre de la politique globale de développement instituée en 1972 dans le cadre de la réforme de l'administration territoriale et locale ; bien avant l'avènement des Soins de Santé Primaires préconisés par l'OMS lors de la Conférence d'Alma Ata en 1978. Elle se manifeste dans le système de santé par l'implication de la population aux actions de santé: de l'identification des problèmes à l'évaluation des programmes mis en place dans les districts.

L'organisation, la planification et la gestion constituent un large domaine englobant la structure organisationnelle et le processus de gestion en vue de l'instauration de soins de santé primaires : de la planification et budgétisation du programme à l'approvisionnement en médicaments. Et la population a un rôle important à jouer dans cette planification des activités des structures sanitaires.

L'engagement de la communauté dans la planification a pour but de mobiliser et de mettre en route un vaste processus d'organisation et d'engagements collectifs pour accroître les ressources humaines et matérielles locales consacrées au développement sanitaire. Il vise à créer des mécanismes de soutien afin d'établir les conditions préalables à une participation complète, et de préparer la voie aux changements requis.

Les populations, parties prenantes du financement du système de santé sont davantage impliquées dans tout le processus de mise en œuvre des actions concernant leur santé. Cette bonne disposition des populations dans un contexte de politique de santé favorable a abouti à une meilleure organisation de ces dernières en Comités de Santé avec un habillage juridique formalisé par le Décret portant application de la loi 92-118 du 17 Janvier 1992 qui leur confère une personnalité morale.

Les pouvoirs publics ont promu l'appropriation par les populations de la gestion du système de santé, en transférant aux collectivités de base les compétences afférentes et en décentralisant le processus de planification au niveau des Régions et Districts (PRDS /PDDS) avec la mise en place des normes de planification adoptées en 1989.

Le transfert de compétences aux collectivités soutenu par la loi 96-07 du 22 mars 1996 et le décret 96 – 1135 du 27 vient renforcer les opportunités permettant à la communauté de jouer efficacement sa partition dans les dispositifs de résolution des problèmes de santé. Ceci devrait rapprocher l'administration locale des administrés pour une meilleure prise en compte des besoins prioritaires des populations dans le processus de planification sanitaire qui implique entre autres les techniciens de santé, la population et les partenaires au développement.

Cependant, au bout de plus de dix années d'application de ces réformes, il a été constaté que celles-ci n'ont pas vraiment eu l'impact politique escompté. Le changement de paradigme attendu visant à faire des collectivités locales les acteurs de l'identification et de la prise en charge des besoins de santé n'a pas été au rendez-vous.

Cette forme de planification qui n'implique pas tous les acteurs de la communauté peut négliger certaines opportunités, notamment le financement alternatif et complémentaire du secteur de la santé prévu dans la décentralisation et l'identification des problèmes et besoins réels de la communauté en matière de santé.

Dans cette étude, nous allons faire une évaluation de la participation communautaire au processus de planification dans le district sanitaire de Mbao dans la région médicale de Dakar. Cette analyse va nous donner l'opportunité de déterminer le degré d'implication de la population à ce processus de planification, avant d'en analyser les facteurs favorisant et défavorisant.

I. DESCRIPTION DE LA PROBLEMATIQUE

1.1. Contexte politique de l'étude :

Depuis l'accession du Sénégal à l'indépendance en 1960, le secteur de la santé a successivement mis en œuvre plusieurs réformes visant à accroître les performances du système de santé. Parmi ces réformes, il y a celles qui s'inscrivent dans le cadre de réformes plus globales. Ainsi, la réforme de l'administration territoriale et locale survenue en 1972 a suscité dans le secteur de la santé l'esprit de la participation communautaire dont l'une des manifestations les plus vivantes est la naissance des comités de santé.

Ces comités de santé est un groupe limité de personnes issues de la zone de desserte de la structure, désigné par les membres de la communauté après une assemblée générale. Il se réunit pendant un temps plus ou moins long à des intervalles réguliers en vue de trouver une solution aux problèmes de santé qui se posent dans la communauté. Il représente la population au niveau de la structure sanitaire déterminant ainsi la participation de la communauté à la prise de décision en matière de santé.

Outre les initiatives de participation communautaire, il y a lieu d'ajouter une série de réformes sectorielles qui ont été opérées dans le secteur de la santé dont l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires en 1978 caractérisée par la décentralisation de la gestion des services de soins de santé

Pour accompagner ce processus de décentralisation dans lequel s'est inscrit le gouvernement du Sénégal, plusieurs réformes ont été initiées parmi lesquelles la décentralisation du processus de planification au niveau des Régions et Districts (PRDS /PDDS) depuis 1989 avec la mise en place des normes de planification ;

Cette décentralisation a été renforcée en 1996 par la loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences aux collectivités et le décret 96 - 1135 du 27 décembre 96 qui viennent renforcer les opportunités permettant à la communauté

de jouer efficacement sa partition dans les dispositifs de résolution des problèmes de santé.

Un des principes essentiels de la décentralisation est de rapprocher l'administration des administrés pour une meilleure prise en compte des besoins prioritaires des populations dans le processus de planification sanitaire qui implique tous les acteurs concernés et à tous les niveaux de décision.

1.2. Problématique de l'intégration des Collectivités Locales dans le cycle de planification

Les autorités sanitaires ont comme préoccupation la volonté politique de renforcer la tradition de planification existante dans le secteur de la santé et la rendre davantage participative, ainsi que le postule la stratégie des soins de santé primaires et la politique de décentralisation du Sénégal.

Pour permettre aux collectivités locales de prendre en charge les missions qui leur sont dévolues en matière de planification sanitaire, le projet DISC mis en place par l'USAID a appuyé l'élaboration de Plan Opérationnel des Collectivités Locales dans le secteur de la Santé (POCL-SANTE).

L'expérimentation de cette approche s'est faite à travers l'instauration par les parties prenantes d'une instance habilitée à élaborer les plans, suivre leur exécution et procéder à leur évaluation annuelle. Il s'agit du Comité de Planification et de Suivi en Santé (CPSS) instauré au niveau de chaque collectivité locale. Cet organe constitue, outre son rôle de planification et de suivi, un cadre de dialogue et de concertation entre les acteurs de la santé et les collectivités locales.

Cependant, après une décennie de mise en application, l'appropriation de la politique sanitaire du pays par les élus locaux reste faible et insuffisante. Les collectivités locales sont peu impliquées dans l'identification et la prise en charge

des besoins de santé de la population de la région de Dakar particulièrement dans le district sanitaire de Mbao.

A la lumière de l'état des lieux effectué par le bureau régional de Thiès (une région du Sénégal), il ressort entre autres résultats :

- une faiblesse des organes de planification mis en place ;
- une faible mobilisation des partenaires financiers de la collectivité locale dans le processus de planification ;
- une faiblesse de la collaboration entre les comités de santé et les communautés rurales ou communes dans le cadre de l'élaboration et de l'exécution des plans opérationnels ;
- un manque de suivi des activités prévues dans les plans de travail ;
- une faiblesse des moyens financiers des collectivités locales ;
- un manque de moyens financiers de la collectivité locale pour l'exécution des plans opérationnels ;
- un manque de suivi du comité de planification (absence de réunions, défaut d'évaluation des plans opérationnels etc.).

Cette forme de planification n'impliquant pas les collectivités locales peut négliger les opportunités de financement alternatif et complémentaires de la santé existantes avec la décentralisation et la coopération décentralisée. Ce qui est à la source de certains dysfonctionnements dans les structures sanitaires.

II. JUSTIFICATIF DE L'ETUDE :

Le processus de planification est ancré dans les traditions du ministère chargé de la santé ; et bien avant même l'avènement du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), des plans d'actions des régions et des districts sanitaires étaient élaborés et exécutés annuellement. Ces plans d'action appelés maintenant Plan de Travail Annuel (PTA) devraient être développé au niveau du district

sanitaire en prenant en compte le Plan Opérationnel des Collectivités Locales pour la Santé (POCL-SANTE) élaboré auparavant par les collectivités locales ; ce qui n'est pas le cas pour le district sanitaire de Mbao et pour tous les districts de la région de Dakar.

Contre toute attente et contrairement aux textes de loi sur la décentralisation, les collectivités locales qui depuis 1996 ont la légitimité de planifier et de gérer la santé ne sont associées ni à l'élaboration ni à l'exécution des plans. Après des années d'expérimentation si on peut s'exprimer ainsi, il s'avère aujourd'hui important d'intégrer tous les acteurs dans le cycle de planification qui est une phase importante et fondamentale de la gestion des services de santé au niveau périphérique.

Il s'agira au préalable d'apporter les correctifs nécessaires pour une meilleure intégration de tous les représentants de la communauté (collectivités locales et comités de santé) dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre des plans opérationnels de travail dans les districts.

Aussi, il nous apparaît opportun de faire une étude évaluative au niveau du district sanitaire de Mbao que nous connaissons bien pour y avoir exercé en tant que technicien de santé et membre de l'équipe cadre de district pendant cinq années. En outre, Le district de Mbao a constitué depuis sa création du fait du leadership de ses autorités sanitaires et de sa situation géographique (banlieue de Dakar) le champ d'application de plusieurs projets pilote et un terrain privilégié pour cette étude.

Cette analyse de l'implantation va nous permettre d'essayer de trouver des raisons à ce désengagement des autorités locales et proposer des solutions au problème ; aussi ; les gestionnaires des services de santé locaux auront des arguments pour prendre des mesures correctrices afin d'amener les collectivités à s'impliquer davantage dans la gestion des problèmes de santé ; les collectivités locales ainsi que la population par le biais des comités de santé vont être

sensibilisées sur l'importance de la planification dans le processus de gestions des services des soins de santé de bases.

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE :

Objectif général :

- Evaluer la participation communautaire dans les processus de planification de activités dans le district sanitaire de Mbao.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer le degré d'implication de la communauté (collectivités locales et comité de santé) dans les processus d'élaboration des différents plans opérationnels des formations sanitaires du district de Mbao ;
- Expliquer les facteurs favorisant et les barrières à l'implication des représentants de la communauté dans l'élaboration des plans opérationnels dans le district sanitaire ;
- Evaluer l'impact de la participation communautaire à la planification des activités sur l'organisation et la qualité de l'offre de soins et de services au niveau du district ;
- Contribuer à une amélioration de l'implication des collectivités locales à l'élaboration et au suivi des plans opérationnels dans le district.

IV. REVUE DE LA LITTERATURE

4.1. Définition de la sante publique

La notion de santé publique n'est pas facile à définir. En 1952, l'O.M.S. affirme que « c'est l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger

vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par le moyen d'actions collectives pour :

- ✓ Assainir le milieu (hygiène du milieu) ;
- ✓ Lutter contre les épidémies ;
- ✓ Enseigner l'hygiène corporelle (état sanitaire de la collectivité) ;
- ✓ Organiser les services médicaux et infirmiers (problème de santé des populations) ;
- ✓ Faciliter l'accès aux soins précoces et traitements préventifs ;
- ✓ Mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la santé. »¹

En 1973, l'O.M.S. élargit la notion de santé publique à l'état sanitaire d'une collectivité, les services de santé généraux et l'administration des services de soins.

La santé publique devient alors une discipline autonome qui s'occupe de la santé globale sous tous ces aspects : curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux. L'ensemble nécessite une gestion administrative indépendante. La santé publique doit contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience du marché des soins et réduire les risques en termes d'apparition et de réapparition d'une maladie.

4.2. Historique de la sante publique et de la sante communautaire

Dès le moyen âge, il est apparu des préceptes concernant l'hygiène et les conduites vestimentaires. Cependant, l'avènement de la prévention et de l'organisation des systèmes de soins au sens moderne du terme remonte à la fin du 19^{ème} siècle.

¹ Ministère de la Santé Publique et de l'Action sociale du Sénégal : « Guide national du comité de santé : stratégie et conduite à tenir » novembre 1993.

En découvrant par l'observation, la notion de contamination, le docteur SEMMELWEISS inaugure la santé publique ; son successeur fut beaucoup plus célèbre puisqu'il s'agit du docteur PASTEUR. C'est sous l'ère de PASTEUR et de l'ensemble de ses découvertes dont l'objectivation microbienne que l'on voit apparaître la notion de santé publique au sens du dépistage, de la vaccination et de l'organisation sanitaire des eaux usées dans les grandes villes.

En France, en 1924, l'Office National de l'Hygiène Sociale se développe, la commission générale de propagande est créée. A partir de la 2^{ème} guerre mondiale, les progrès sont très importants dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies (antibiotiques et anti-inflammatoires). La société consacre beaucoup d'argent à la recherche scientifique et technique mais les taux de mortalité et de morbidité évoluent peu ; de même que les comportements nocifs de la population.

C'est dans ce contexte que BURY² voit apparaître le concept d'éducation pour la santé. Les professionnels de la santé s'en emparent et transmettent principalement des messages sur les conséquences des comportements quotidiens en termes de maladies (cirrhoses du foie, poumons noircis, etc.)

Des campagnes d'informations sont organisées pour vanter les mérites du lait dans l'alimentation des enfants. On crée des affiches pour prévenir les accidents de la voie publique, etc. L'éducation de masse prend son envol.

Dans les années 1970, malgré la multiplication des campagnes de santé publique, les analyses d'impact restent très prudentes. Certes la mortalité périnatale a diminué, certes les soins ont fait de grands progrès, le confort domestique s'est accru entraînant aussi des conditions de vie plus favorables à l'hygiène mais les comportements évoluent peu et il est constaté un relatif échec quant à l'efficacité des campagnes de prévention.

²BURY J. « Education pour la santé : concepts, enjeux, planification » in Savoir et Santé. Bruxelles De Boeck université 1988 ; p. 103 à 109.

La crise des systèmes de santé est unanimement reconnue, l'expansion des coûts en matière de santé touche tous les pays industrialisés. Cette crise dépasse le seul plan économique, l'évolution des sociétés européennes et la crise du capitalisme industriel amènent leurs lots de pathologies. L'Europe entière est à la recherche d'un modèle de service de santé qui fait converger les intérêts, les besoins et les demandes de la population.

Quand le social se désagrège, le thème des communautés se réveille : c'est dans le hiatus de la couverture sociale de l'Etat qu'il se développe. Dans les pays de faible couverture sociale comme les Etats-Unis, les initiatives communautaires construisent un maillon intermédiaire entre l'Etat et le citoyen.³

C'est aux Etats-Unis, dans les années 1960 que le mot communautaire fut pour la première fois rattachée à la santé, lors de la mise en place des programmes gouvernementaux de « guerre à la pauvreté » qui se faisaient un point d'honneur de susciter la plus grande participation des communautés. La médecine communautaire impliquait l'évaluation des besoins de santé et la prestation des soins à des groupes définis de la population. Ce concept a abouti à la création de « Neighborhood Health Centers » considérés alors comme le prototype d'une intervention en santé communautaire.

Le Québec, lors de la réforme des années 1970, s'est doté de Centres Locaux de Service Communautaire (CLSC) qui ressemblent à plusieurs égards aux Neighborhood health centers des Etats-Unis. Mais, il ne s'agit pas seulement de santé au sens strict du soin médical ; ils associent dans un même lieu le service social du quartier concerné et des professionnels de santé. Le Québec a été un des fers de lance de la stratégie dégagée par l'O.M.S. en 1951. Il recommandait une structuration rationnelle des systèmes de santé où la participation des populations était mise en avant. Mais l'assimilation du terme de santé communautaire à celui de santé publique au Québec a contribué à donner

³ Institut Théophraste Renaudot : « Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action ». Lyon, chronique sociale, Décembre 2001.

à la santé communautaire une définition réductrice, limitée à la stratégie de planification de la santé avec une programmation par objectif ; concept qui s'est répandu de plus en plus en Europe.

C'est en 1986 que l'O.M.S. avec la charte d'Ottawa définit une nouvelle vision de la santé : « La santé est la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut réaliser des ambitions et évoluer avec le milieu ». La santé devient ainsi une ressource de la vie quotidienne nécessaire pour accéder au bien être et non une fin en soi. En corollaire, la promotion de la santé est « un processus qui confère aux populations le moyen d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé ».

En référence à cette charte, les recommandations actuelles de l'O.M.S. définissent « le centre de santé comme un lieu chargé non seulement de soigner les malades, mais aussi de maintenir une population donnée à un niveau optimum de santé ». Selon ce document, il a pour mission de faciliter et d'appuyer le développement communautaire du fait de sa possibilité, unique en son genre de donner aux individus l'aptitude et la confiance nécessaires pour résoudre leurs propres problèmes.

Mais l'ampleur de cet engagement dépend des politiques locales et nationales et actuellement dans beaucoup de pays, l'accent est plutôt mis dans le curatif que sur une synergie de plusieurs activités de prévention et de promotion de la santé.

4.3. La participation communautaire

4.3.1. Définition :

La participation communautaire est selon l'OMS ⁴ « un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part le développement de leur capacité à concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animé de la volonté de résoudre leurs problèmes communs ce qui les mettra en mesure d'être les agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement. »

Cela suppose qu'ils ne se sentent pas tenus d'appliquer les solutions classiques lorsqu'elles ne conviennent pas, mais qu'ils se rendent compte au contraire qu'ils ont la latitude d'innover pour trouver des solutions qui conviennent. Il leur faut acquérir la capacité d'apprécier une situation, de jauger les diverses possibilités qui s'offrent et de déterminer en quoi leur propre contribution pourrait consister. S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leur couts relatifs.

Pour J. BUGNICOURT⁵, « En principe et en pratique, la participation populaire s'oppose à la centralisation qui confine paysans et citoyens dans un rôle d'exécutants passifs. Il existe toutefois, plusieurs formes de participation : aux discussions, à la prise de décisions (à différents niveaux, à la formation, à l'exécution, à la gestion, au contrôle et à l'éducation. L'intensité de la participation varie aussi ; ceux qui participent peuvent se sentir plus ou moins engagés- pour une période plus ou moins longue. »

⁴ OMS/UNICEF : Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires. Rapport conjoint, OMS, Genève, réimpression 1986, p. 56

⁵ BUGNICOURT J.- La participation populaire au développement en Afrique. Les carnets de l'enfance, 1982, n° 59/60, p. 64

Ces deux définitions montrent certains aspects de l'approche communautaire caractérisée par la participation des populations. Elle désigne le processus au travers duquel la communauté est sensibilisée et impliquée pour la mise en œuvre d'actions sanitaires. L'implication des membres de la communauté se fait à tous les stades du programme de santé : de l'identification, à la mise en œuvre et à l'évaluation qui sont tendent la planification des activités et la gestion des services de santé.

Ainsi, l'implication de la communauté dans le processus de planification est primordial car elle permet de :

- Mettre en place des programmes de santé adaptés aux besoins réellement ressentis ;
- Responsabiliser la communauté sur ses propres problèmes de santé ;
- Favoriser le relais des actions par la communauté ;
- Orienter les activités vers la promotion de la santé ;
- Améliorer l'utilisation des services de santé par la population ;
- Mobiliser de nouvelles ressources en faveur de la santé ;
- Faire contribuer le secteur de la santé à la rénovation des liens sociaux⁶.

Cette approche communautaire est pertinente si l'on veut que la santé dépasse son carcan curatif, mobilisé seulement lorsqu'une souffrance s'exprime ou un danger se ressent. Il est nécessaire que chaque individu, technicien de santé ou pas, ait conscience que le concept de santé dépasse ces limites. Chaque participant de la société doit savoir ce qu'il peut atteindre, ce qu'il devrait ou pourrait faire pour conserver ou améliorer sa santé, celle de ses proches et celle de la collectivité où il réside.

⁶ TESSIER S., ANDREYS J. B., RIBEIRO M. A. 1996 «Participation communautaire »,in Santé publique et santé communautaire, Maloine p :145- 148.

Cette approche de promotion de la santé est à la base des techniques de santé communautaire qui ont permis à la santé publique de dépasser le cadre de l'hygiène et de la lutte contre les épidémies. Elle a aussi permis de modifier les relations entre les techniciens de la santé et la population qui joue ainsi un rôle de plus en plus important.

4.3.2. Les dimensions de la participation communautaire :

La communauté peut être définie comme : « un groupe de gens qui ont le sentiment d'appartenir à la même entité, qui ont une perception commune des priorités et des besoins collectifs et peuvent assumer la responsabilité collective de décisions prises dans la communauté. »⁷

La participation collective des communautés aux soins de santé primaires revêt différentes formes et parmi ses principaux éléments constitutifs, on peut citer :

L'organisation des services sur une base communautaire : l'accès aux services est facilité et est ouvert à tous ; cela peut aller des services élémentaires et de la simple intention d'arriver à couvrir ultérieurement l'ensemble de la communauté à la satisfaction appropriée des besoins fondamentaux en matière de santé et à l'extension réelle de tous les services à tous les membres de la communauté.

La contribution de la communauté au fonctionnement et à l'entretien des services : elle peut aller de contributions volontaires en argent et en nature, pour compléter les ressources fournies par le gouvernement, les collectivités locales ou des organismes extérieurs à la communauté ou encore les paiements directs.

La participation de la communauté à la planification et à la gestion des services disponibles à l'intérieur de la communauté : soit dans le plus simple des cas, les techniciens de santé demandent l'avis des membres de la

⁷ MANZORA A.1982- La participation communautaire, essence des soins de santé primaires. Contact, Dossier n°2

communauté de manière informelle ou alors à l'autre extrême, un organisme communautaire représentatif assume la pleine responsabilité de la collaboration (les comités de santé).

Un apport de la communauté aux stratégies et politiques globales ainsi qu'au plan de mise en œuvre de programmes.

L'élimination des factions et de conflits d'intérêts dans la communauté pour établir la participation sur la base la plus large possible, incluant plus particulièrement les groupes défavorisés. La situation pourra varier d'un cas à l'autre, selon que l'on essaiera de mettre les services à la disposition de groupes aussi équitablement que possible tout en reconnaissant les conflits d'intérêts qui existent ou on essaiera de constituer des communautés cohérentes capables d'entreprendre des efforts communautaires qui profiteront à tous. Ce dernier cas exige de notre part à nous techniciens de grande capacité de négociateurs et de gestionnaires de ressources humaines.

4.3.3. L'évaluation de la participation communautaire :

L'évaluation est un moyen systématique de tirer des leçons de l'expérience et de s'en servir pour apporter des mesures correctives à une situation ponctuelle et promouvoir une forme de planification plus efficace. La détermination de méthodes efficaces d'évaluation de la participation communautaire pose certaines difficultés liées à la complexité de sa conception, aussi l'OMS a distingué quatre méthodes pour cette évaluation⁸ :

1. La méthode participative : qui est à la fois une méthode d'évaluation et une forme d'engagement communautaire ;

⁸ Organisation Mondiale de la Santé. 1991. « L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé. ». Série de rapports techniques n° 809, Genève.

2. La méthode d'échelle de RIFKIN : qui repose sur une série de facteurs auxquels elle propose un spectre qui va de la participation large (active et dynamique) à la participation restreinte (exécution passive). Les informations nécessaires sont rassemblées selon une recherche action participative ou par des évaluateurs externes.
3. La méthode normative : elle combine des mesures quantitatives et qualitatives pour établir des normes de participation permettant des comparaisons dans le temps et dans l'espace.
4. La méthode de ZOPP (planification de projet en fonction des objectifs) : c'est une méthode allemande qui repose sur l'approche de l'enseignement réciproque. Elle réunit en séminaire d'analyse et de planification les représentants de la communauté, de l'équipe de projet et des groupes cibles.

Il faut noter qu'aucune de ces méthodes n'est universelle, le choix en matière d'évaluation de la participation communautaire doit tenir compte de son contexte et de la finalité recherchée.

D'autres méthodes d'évaluation de la participation communautaire sont proposées dans la littérature, ainsi avec l'échelle de classement des indicateurs de la participation communautaire de BICHMANN⁹ il est permis d'apprécier le niveau de participation communautaire à partir de la détermination des principales étapes de résolution d'un problème de santé et la mesure de la participation communautaire par un système de score .

⁹ Dr SECK I 2004. «Mesure de la participation communautaire». Module de santé communautaire et de techniques de soins adaptées au développement. CES de Santé Publique, Institut De Santé Et Développement. Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

4.4. Décentralisation et soutien national

La décentralisation est comme le définit LEMIEUX V.¹⁰ : le transfert d'attributions (compétences et sources de financement ou poste d'autorité) du niveau central en direction du niveau périphérique. Elle constitue une des conditions préalables du fonctionnement efficace du système district.

En effet, selon l'OMS¹¹, plusieurs conditions essentielles doivent être remplies pour que les systèmes de santé district soient efficaces. Ces derniers ne peuvent se développer sans l'engagement et le soutien des autorités nationales ni un certain degré d'autonomie et de pouvoir de décision pour la planification des services, l'affectation des ressources financières et la gestion des ressources humaines. En théorie, la décentralisation a été réalisée dans de nombreux pays, mais en réalité les responsables de la santé au niveau district ont rarement assez de pouvoir pour prendre des décisions, pour assurer la planification et la gestion à ce niveau et répartir les ressources allouées.

Les districts font partie du système de santé national et cette interdépendance signifie qu'il est indispensable d'avoir un grand plan national de soins de santé primaires qui définisse les politiques et les grandes stratégies. Un tel plan est indispensable pour une coordination équitable au niveau national. Un engagement en vers ce plan est indispensable de la part non seulement du ministère de la santé, mais également de tous les autres secteurs et institutions responsables dans le pays comme les collectivités locales et les comités de santé qui sont nos plus proches collaborateurs.

La décision politique la plus importante est la décentralisation du système national de santé de façon à disposer de systèmes de santé district fonctionnel. A cet effet,

¹⁰ LEMIEUX V. 1997. « La décentralisation » ; Les éditions de l'IQRC ; p : 9

¹¹ Organisation mondiale de la santé. 1988. « La mise en œuvre : le véritable défi des systèmes de santé district pour renforcer les soins de santé primaires. », OMS, p:13-15.

il faut fournir aux districts les ressources financières et le personnel nécessaire ; élaborer et mettre en œuvre des directives générales qui encouragent l'adhésion à la stratégie adoptée, tout en laissant une souplesse suffisante pour adapter le plan général aux conditions locales (Conflits dans la communauté). Ces directives peuvent constituer un lien formel entre les différents niveaux et encourager le dialogue au sujet des leçons qui en sont tirées. Elles doivent spécifier le rôle et les responsabilités du district, et porter sur :

- L'organisation,
- La planification et la gestion,
- La recherche,
- Le financement et l'affectation des ressources,
- L'action intersectorielle,
- La participation de la collectivité et
- Le développement des ressources humaines

Les responsables du niveau central doivent périodiquement les examiner et être prêts à modifier certains aspects de la stratégie nationale, se fondant sur l'expérience acquises dans les districts.

Du fait de la décentralisation, les rôles et les responsabilités changent sensiblement, au niveau district comme au niveau central et régional. Ces cadres doivent réorienter leur travail qui ne doit plus consister à exercer un contrôle en tant que gestionnaires de secteur, mais apporter un soutien professionnel en qualité de conseillers techniques. L'OMS dans un document intitulé « Decentralization and health for all Strategy » décrit les rôles et les responsabilités de chaque acteur dans la décentralisation de la gestion.

Le ministère de la santé assure :

- La formulation des politiques de santé, y compris celles qui portent sur les activités intersectorielles ;

- La préparation de plans de santé nationaux et de directives de planification régionales et locales ;
- Un rôle consultatif en ce qui concerne l'affectation des ressources, en particulier des fonds de d'équipement, des avis techniques de haut niveau concernant les programmes verticaux ;
- Le contrôle des achats de produits pharmaceutiques et de la répartition des fournitures ;
- La formation et la réglementation en ce qui concerne le personnel de santé ;
- La réglementation des organisations sanitaires privées, à but lucratif ou non ;
- Le contrôle des organisations nationales de santé et des instituts de recherche ;
- La liaison avec les agences d'aide au développement et les organisations de santé internationales.

Les régions et/ou les provinces assurent :

- La planification et la surveillance des programmes à l'échelon régional ;
- La coordination de toutes les activités sanitaires régionales ;
- L'emploi et la surveillance de la totalité ou d'une partie du personnel de santé ;
- La préparation du budget et la vérification des dépenses de santé ;
- L'approbation et le financement de projets d'équipements de grande envergure ;
- La surveillance et le contrôle technique des équipes de santé de districts et des responsables de programmes de santé verticaux au niveau du district ;
- La distribution de fournitures et autre soutien logistique.

Les principales fonctions confiées aux districts sont les suivantes :

- Organisation et administration des services hospitaliers du district ;
- Gestions de toutes les autres formations sanitaires publiques ;
- Mise en œuvre de tous les programmes sanitaires des collectivités ;
- Gestion et surveillance des budgets de santé locaux ;
- Promotion de liens avec les services officiels locaux ;
- Promotion de la participation communautaire à la planification des services de santé locaux ;
- Préparation d'un plan annuel de santé ;
- Collecte de fonds supplémentaires au niveau local ;
- Formation en cours d'emploi du personnel sanitaire ;
- Encadrement et surveillance de tout le personnel sanitaire des collectivités du district ;
- Recueil et compilation des données sanitaires de routine et leur transmission aux Régions Médicales et aux Ministères de la Santé.

Les collectivités locales peuvent assumer les fonctions ci- après :

- Recrutement, rétribution et encadrement du personnel sanitaire des collectivités et des matrones qualifiées ;
- Contribution financière de la collectivité au cout des services de santé ;
- Participation aux initiatives locales de planification sanitaire et contribution sous forme de main-d'œuvre et de matériaux, à la construction de dispensaires et de logements destinés au personnel de santé ;
- Organisation d'activités préventives, en particulier les activités de protection de la santé maternelle et infantile, de vaccination et de protection de l'environnement.

L'OMS, en mettant en œuvre la stratégie de santé pour tous avec le développement du système de santé district a posé les « jalons » pour mener à

bien la décentralisation dans les pays concernés. Les principes de base de la participation communautaire aux activités de santé sont alors posés ; ceci afin d'améliorer l'offre de soins et services de santé pour un meilleur épanouissement des populations dans un environnement sain.

4.5. La planification et la participation communautaire

4.5.1. Le concept de santé :

Le planificateur préoccupé par l'action doit pouvoir appréhender la santé d'une façon à pouvoir identifier ce qui constitue un problème de santé. C'est donc pour une définition opérationnelle que le planificateur doit opter. A cet égard, la privation de la santé telle que mesurée par les indicateurs de mortalité et de morbidité, de facteurs de risque et d'incapacité, constitue la mesure la plus opérationnelle disponible¹². Des progrès récents ont été cependant accomplis dans ce domaine, notamment pour tenir compte de l'aspect fonctionnel de la santé, c'est-à-dire de la capacité d'un individu de vaquer à ses fonctions personnelles, sociales et de travail^{13 14}.

L'apparition de nouveau paradigme de la santé qui s'appuie sur la conviction qu'il existe chez l'être humain une autonomie naturelle, instinctive, un pouvoir régénérateur fait que l'on rejoint sensiblement la notion de santé telle que formulée par DUBOS, c'est-à-dire l'adaptation de l'homme à son milieu¹⁵. Ce concept repose sur une conception individuelle de la santé ; en effet, l'individu

¹² PINEAULT R., DEVALUY C. 1995. « La planification de la santé : approches, perspectives et démarche générale », in La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Editions Nouvelles, p : 19.

¹³ SULLIVAN D.F. 1971 « A single Index of Mortality and Morbidity », HSMHA Reports. Vol. 86, p: 347-354.

¹⁴ COLVEZ A. et BLANCHET M. 1981. « Disability Trends in the United State Population 1966-76 : Analysis of Reported Causes », Am. J. of Public Health, vol. 71, n° 5, p: 464- 471

¹⁵ DUBOS R. 1973 « L'homme et l'adaptation au milieu ». Payot, Paris.

demeure le meilleur juge du degré de restriction dont il est affecté par rapport à l'exercice de ses activités. Selon cette définition, « un individu en bonne santé est celui qui est capable de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu et de se consacrer pleinement à ses projets »¹⁶.

La notion de santé revêt donc un caractère multidimensionnel selon les contextes sociaux culturels et selon d'autres caractéristiques des individus, notamment leur niveau socio-économique et leur proximité à l'appareil de soins. Le codage de la santé tend à refléter une définition professionnelle et médicale de la santé. Dans ce contexte le planificateur doit nécessairement tenir en compte les différents codages ou dimensions de la santé et la définition qui lui est proposé tend à refléter le point de vue des groupes les plus influents.

La santé est multifactorielle, le système de soins en est une composante importante, mais pas unique. Elle dépend de plusieurs facteurs ou déterminants qui sont :

- Les facteurs biologiques ou endogènes ;
- Les facteurs liés à l'environnement ;
- Les facteurs liés aux habitudes de vie ;
- Les facteurs liés au système de soins

4.5.2. Définition de la planification :

Il est difficile de proposer une définition de la planification qui soit complètement satisfaisante. Chaque auteur a sa propre définition : cette diversité de définitions est intéressante dans la mesure où elle permet d'identifier certains éléments qui caractérisent la démarche de la planification.

- ✓ La planification est prospective, elle concerne l'avenir. Que la planification soit considérée comme étant l'une des grande fonctions administratives

¹⁶ Conseil des Affaires sociales et de la santé. Objectifs : santé, op. cite. p : 26.

faisant partie intégrante du processus de gestion, ou qu'elle soit considérée comme préalable au processus de gestion, tout le monde s'entend sur le caractère prospectif de la planification. Comme le dit BEGIN : « planifier, c'est appliquer un processus qui amène à décider quoi faire, comment le faire et comment évaluer ce qui sera fait avant l'action et avant de le faire. »¹⁷

- ✓ La planification implique une liaison de causalité entre l'action entreprise et les résultats escomptés c'est-à-dire une relation plausible entre les actions proposées et les objectifs fixés ;
- ✓ L'objet de la planification est l'action en vue de changements ;
- ✓ La planification est un processus continu et dynamique ;
- ✓ La planification est multidisciplinaire.

En outre, la planification dans le domaine de la santé est intimement liée au contexte socio- politique dans lequel elle s'applique. Toutes les étapes du processus de planification sont influencées par l'environnement et la prise en compte de ces éléments est déterminante pour la réussite de la mise en œuvre d'un plan.

Aussi, le planificateur se doit d'identifier les différents acteurs et reconnaître leurs intérêts respectifs dans le processus de planification¹⁸. Le planificateur n'est généralement pas responsable de l'ensemble du processus administratif, cette dernière responsabilité incombe aux « parrains » du projet qui sont souvent dans notre contexte les autorités politiques locales ou centrales ainsi que certains bailleurs de fonds. C'est de la prise de décision de ces instances que la planification va aboutir à des résultats, il est donc nécessaire de les associer à aux

¹⁷ BEGIN J. 1969. « Elaboration d'un plan directeur et impact sur le système de santé ». Exposé présenté à la session de l'association des hôpitaux de Québec, Manoir du Lac Delage, Québec, Décembre 1969

¹⁸ READY R.K. et RANELLI F.E. 1982. « Strategic and No-Strategic Planning in Hospitals », in Health care management review, vol. 7, n° 4, p: 27-38.

diverses étapes de la planification. Leur participation doit être assurée afin que les solutions proposées puissent être applicables et appliquées.

Ces différents éléments nous amènent à cette définition de la planification qui est selon PINEAULT¹⁹ « un processus continu de prévision de ressources et de services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant de choisir la ou les solutions optimales parmi plusieurs alternatives ; ces choix prennent en considération le contexte de contrainte, internes et externes connues actuellement ou prévisibles dans le futur. »

Cette définition rejoint celle proposée par SCHAEFER : « la planification est un processus méthodique consistant à définir un problème par analyse, à repérer les besoins et demandes non satisfaits qui constituent le problème, à fixer des buts réalistes et atteignables, à en déterminer l'ordre de priorité, à recenser les ressources pour les atteindre et à projeter des actions administratives en pesant les diverses stratégies d'intervention possibles pour résoudre le problème.²⁰ »

Les perspectives de santé communautaire en planification de la santé :

La santé communautaire peut servir de concept intégrateur à la planification de la santé, elle est née de la santé publique en y ajoutant quelques nouveaux éléments. Elle comprend les éléments suivants :

D'abord, il existe un ensemble de méthodes et d'outils pour une planification dont le point de départ est l'état de santé d'une population, dont l'objet est d'assurer une adéquation entre les besoins de santé d'une population et les ressources mises à sa disposition ;

¹⁹ PINEAULT R., DEVALUY C. 1995. « La planification de la santé : approches, perspectives et démarche générale », in La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Editions Nouvelles, p : 35.

²⁰ SCHAEFER M. 1975. « L'administration des programmes de salubrité de l'environnement : approche systémique » Organisation Mondiale de La Santé, Genève, p : 130.

Le concept de santé déborde celui de morbidité « objective » et intègre des éléments de la morbidité « ressentie » par les individus. La mesure de la santé ne fait pas seulement appel à des indicateurs « épidémiologiques », mais également à des indicateurs « psycho-sociaux ». ²¹

La santé communautaire veut lever la barrière qui sépare le « préventif » du « curatif ». Dans la perspective de la santé communautaire, la distinction entre le préventif et le curatif est artificielle et elle empêche une analyse globale et systématique des actions à entreprendre face à un problème de santé donné. De plus, les méthodes proposées par la santé communautaire s'appliquent à tous les problèmes de santé, comme à toutes les solutions proposées y compris celles qui débordent le système de santé proprement dit ²².

La démarche proposée par la santé communautaire correspond aux grandes étapes du processus de planification. Il s'agit de :

- Identifier les problèmes de santé de la population et en établir un ordre de priorité ;
- Concevoir et mettre en œuvre des programmes pour répondre à ces problèmes ;
- Evaluer l'impact des programmes sur la santé des populations.

4.5.3. Les étapes du processus de planification :

La planification par programme qui est la plus utilisée en santé publique est étroitement liée à la santé communautaire. Le programme est une prolongation opérationnelle du plan, selon PINEAULT : « un programme de santé est constitué par un ensemble de ressources réunies et mises en œuvre pour fournir à une population définie des services organisés de façon cohérente dans le temps et

²¹ PINEAULT R. 1976. « Eléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire ». L' Union Médicale du Canada. Vol. 105, p : 1208-1214.

²² PINEAULT R. 1984. « The Place of Prevention in the Quebec Health Care System », Can. J. of Pub Hlth. Vol. 75, p: 92-97.

dans l'espace en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé précis ». Le programme comprend trois éléments :

- L'établissement des objectifs ;
- L'identification des activités pour atteindre ces objectifs et
- La détermination des ressources nécessaires à la réalisation des activités.

La planification, pour sa part prend comme point de départ les problèmes de santé d'une population pour laquelle un organisme a une responsabilité sur le plan sanitaire ; ces problèmes sont définis en termes d'indicateurs épidémiologiques, mais également en termes d'indicateurs qui peuvent refléter la perception de la population elle-même de son état de santé actuel et désiré.

Par la suite, les priorités sont définies en tenant compte des différents critères, notamment l'importance objective ou subjective des problèmes identifiés et la possibilité d'apporter des solutions efficaces, économiques et acceptables à ces problèmes.

Ces deux étapes relèvent de la planification normative et stratégique, dans la mesure où l'on inclut la fixation des buts. La planification commence véritablement à la fixation des objectifs, et elle trouve son prolongement principalement dans la structuration des activités et des ressources : elle consiste ainsi en une démarche de planification tactique ou structurelle. Enfin, la mise en œuvre du programme correspond à la planification opérationnelle.

La dernière étape dans la démarche générale de la planification est l'évaluation qui va concerner toutes les étapes de la planification et va questionner successivement :

- La pertinence des objectifs ;
- Leur degré d'atteinte ;
- La justesse des activités accomplies ;
- L'adéquation des ressources aux besoins et

- La mise en œuvre.

	ETAPES	TYPES DE PANIFICATION
	Identification des problèmes	Planification normative et stratégique
	Etablissement des priorités	
	Fixation des buts et objectifs	
	Fixation des objectifs généraux et spécifiques	Tactique (structurelle)
	Détermination des actions pour atteindre les objectifs	
	Prévision des ressources requises	
	Fixation des objectifs opérationnels	Opérationnelle
	Mise en œuvre du programme	
	EVALUATION	

Tableau n°1 : Etapes de la démarche de planification en santé selon PINEAULT

Pour BLUM²³, le processus de planification est circulaire dans le sens que l'évaluation ramène au point de départ. Cette caractéristique se rapproche du schéma de PINEAULT (voir figure n°). La planification y apparaît comme une méthode rationnelle et logique de concevoir et de réaliser des activités et des services de santé en mobilisant de façon organisée des ressources appropriées. Elle force le planificateur à une certaine cohérence entre les objectifs visés, les actions à entreprendre et les ressources à mobiliser. Les actions de santé doivent être considérées sans poser comme frontières les domaines de juridiction administrative. Dans ce sens, elle favorise une approche globale et systémique à l'analyse des problèmes de santé. L'un des avantages de cette approche est qu'elle s'applique autant au secteur préventif que curatif qui concerne le paquet d'activités de services de soins de bases fourni dans le district sanitaire.

²³ BLUM H.L. 1981. « Planning for health. Generics for the eighties ». Human Science Press, New York, p: 14

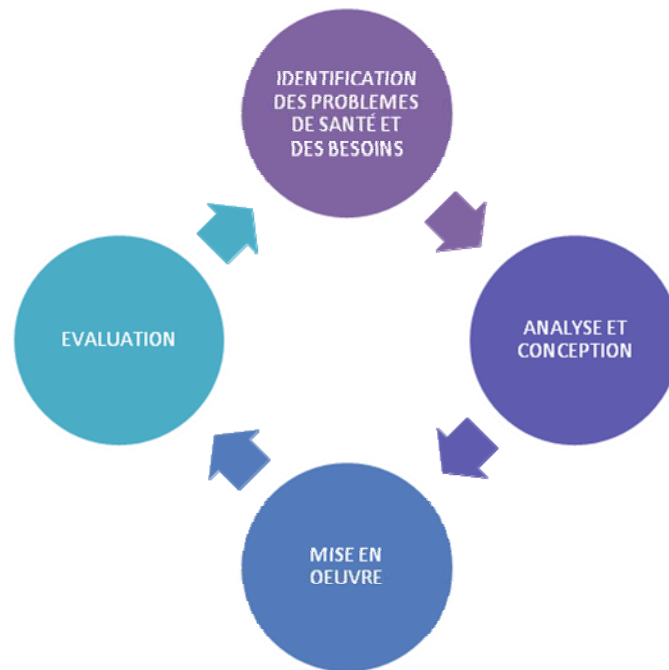


Figure n° 1: Etapes du processus de la planification selon BLUM H.

V. HYPOTHESES DE RECHERCHE :

- Les gouvernements locaux ne se sont pas approprié la politique nationale de santé malgré l'instauration de la politique de décentralisation et le transfert du domaine de compétence de la santé aux collectivités locales.
- La faiblesse de l'appropriation de la politique sanitaire du pays par les élus locaux du district de Mbao remet en cause les principes de la participation communautaire aux activités du dit district.
- L'insuffisance de l'implication des collectivités locales à la planification des activités sanitaires est due à l'absence de mesures d'accompagnement de la politique de décentralisation au niveau du district de Mbao.

VI. CADRE D'ETUDE :

6.1. Organisation du système de sante du Sénégal.

L'état du senegal a défini la politique nationale de santé dans la constitution et il la met en œuvre depuis l'indépendance à travers des plans quinquennaux. L'état est garant de la santé des populations et à la fin des années 90, il a développé en collaboration avec les partenaires au développement un Plan National de Développement Sanitaire(PNDS) qui est actuellement dans sa deuxième phase²⁴.

Le système de soins du Sénégal est un système mixte reposant sur une offre de soins publique et privée. Ce système est classé 59^{ème} en ce qui concerne le niveau de performance globale (4^{ème} de la région africaine de l'O.M.S.).

6.1.1. Le système public :

Il fournit l'essentiel des soins ambulatoires et hospitaliers et repose sur une organisation pyramidale à trois échelons²⁵ :

➤ L'échelon national ou central :

Il comprend outre le cabinet du ministre, les 7 directions et services rattachés, les sept hôpitaux nationaux ou EPS de niveau 3. En dehors du programme élargi de vaccination (PEV) qui est logé à la Direction de la Prévention Médicale, la Direction de la Santé comprend la Division SIDA/IST, le Programme de Lutte contre la Tuberculose(PNT), le Programme National de Lutte contre Paludisme. La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement(PNA) érigée en EPS est chargée de l'achat des médicaments et produits sur le marché international, de la gestion

²⁴ O.M.S./Bureau Régional de l'Afrique ; 2005 – 2006 : « Stratégie OMS de coopération avec la république du Sénégal ; Brazzaville ».

²⁵ CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA. « Plan stratégique de lutte contre le SIDA 2007- 2011. » ; Programme national multisectoriel de lutte contre le SIDA ; p: 10-11

et de la distribution au niveau périphérique par l'intermédiaire des Pharmacies Régionales d'Approvisionnement(PRA).

➤ ***L'échelon régional qui correspond à la région médicale :***

Il comprend 11 régions médicales. C'est la structure de coordination au niveau régional ou intermédiaire et elle correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée par l'ensemble des chefs de services rattachés à la région médicale.

Au niveau de chaque région, la référence régionale est représentée par un hôpital ou Etablissement Public de Santé de niveau 2. Le ministère de la santé a initié la signature de « contrats de performance » avec les médecins chef de régions dans lesquels les indicateurs liés au VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose occupent une place prépondérante.

➤ ***L'échelon périphérique qui correspond aux districts sanitaires :***

Le district sanitaire est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone

géographique pouvant épouser un département entier ou une partie du département. Chaque district ou zone opérationnelle est gérée par un médecin chef. Les postes de santé sont implantés dans les communes ; les communautés rurales ou les villages et sont gérés par des infirmiers ; ils polarisent au niveau rural des infrastructures communautaires (cases de santé et maternités rurales). Le Sénégal compte 63 districts sanitaires polarisant 64 centres de santé (dont 7 ont été créés en Juillet 2006) ; 888 postes de santé ; 2000 cases de santé et 476 maternités rurale.

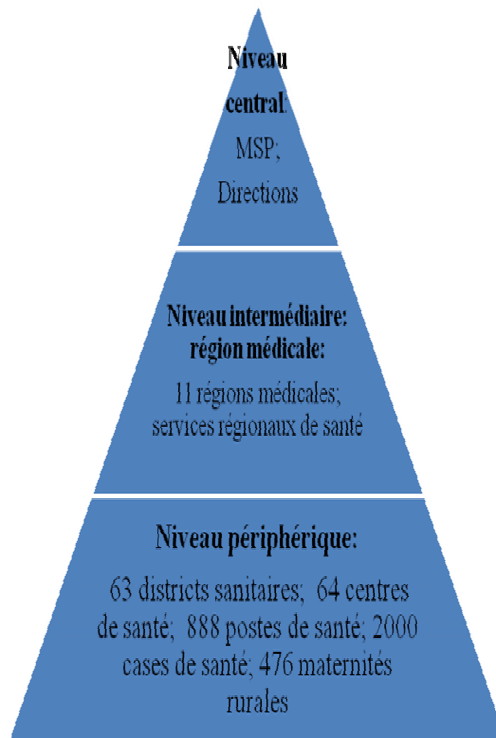


Figure n°2 : pyramide sanitaire du Sénégal

6.1.2. Le secteur privé :

Largement concentré dans la capitale : Dakar, il joue un rôle important dans le dispositif de santé du pays. On distingue le secteur privé à but lucratif et le secteur privé à but non lucratif. Il dispose d'un hôpital, de 24 cliniques, de 414 cabinets médicaux et services médicaux d'entreprises, 700 officines de pharmacie et une vingtaine de laboratoires d'analyses médicales.

A cela s'ajoutent les structures confessionnelles dont un hôpital, les structures de l'armée (2 hôpitaux et les services médicaux de garnisons servant également aux populations civiles) et la médecine traditionnelle dont la population a largement recours.

6.2. Le district sanitaire

6.2.1. Définition d'un système de santé district :

Le système de santé de district fondé sur les soins de santé primaires est une unité plus ou moins autonome du système de santé national. Il dessert en premier lieu une population bien définie vivant dans une zone administrative et géographique précise, qu'elle soit urbaine ou rurale. Il englobe tous les établissements et individus qui procurent des soins de santé dans cette zone, que ce soit à l'échelon du gouvernement, de la sécurité sociale ou des institutions non gouvernementales, dans le secteur privé ou le secteur traditionnel.

Il consiste par conséquent en une large gamme d'éléments interdépendants qui contribuent à la santé aux foyers, dans les écoles, sur les lieux de travail et au sein des collectivités par l'intermédiaire du secteur sanitaire comme dans des secteurs connexes. Il incorpore les « auto soins » ainsi que tout le personnel de santé y compris l'hôpital de premier recours et les services d'appui (laboratoires, équipements de diagnostic, logistique, etc.). Les éléments qui le composent doivent être convenablement coordonnés par un responsable qui veillera à ce que la gamme d'activités de santé (promotion, prévention, soins et réhabilitation) soit aussi large que possible.

Le terme district est utilisé pour désigner une entité administrativement définie comptant ordinairement de 50 000 à 500 000 habitants et ou sous une forme ou une autre, une administration locale qui assume de nombreuses responsabilités déléguées par l'administration centrale ; le district possède aussi un hôpital général de premier recours.

La bonne organisation des systèmes de santé district dépend de la situation de chaque pays ou du district, de la structure et des personnalités en cause. Néanmoins, les principes généraux concernant la création de tels systèmes sont fondés sur la déclaration de Alma-Ata et la Stratégie mondiale de la santé pour tous ; ce sont notamment ²⁶:

²⁶ Organisation mondiale de la santé.1988. « La mise en œuvre : le véritable défi des systèmes de santé district pour renforcer les soins de santé primaires. », OMS, p:9-10.

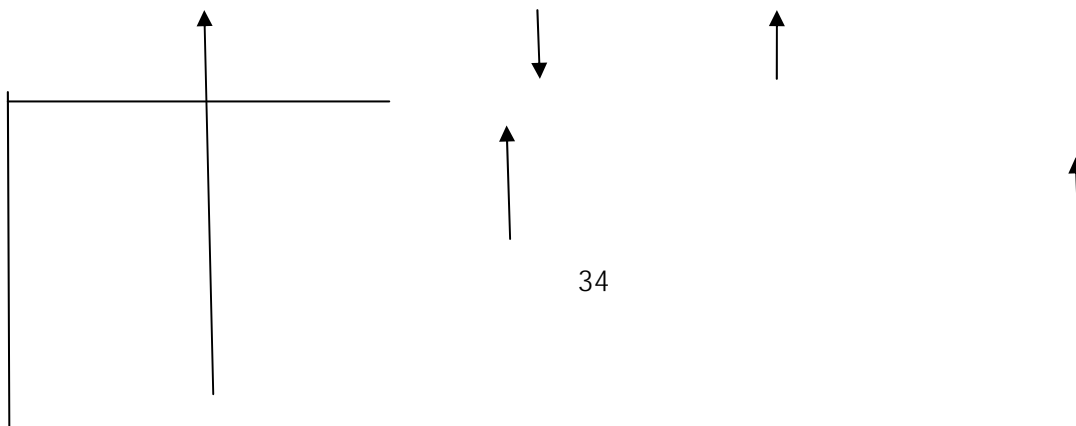
- L'équité
- L'accessibilité
- L'importance accordée à la promotion et à la prévention de la maladie
- L'action intersectorielle
- L'engagement de la collectivité
- La décentralisation
- L'intégration de programmes de santé
- La coordination des différentes activités de santé.

Groupe de populations (communauté, individu, famille) ayant besoin de soins ou à risque

Le champ des responsabilités de gestion au niveau du district dépend considérablement de la façon dont les pouvoirs politiques et exécutifs sont repartis, du degré de décentralisation qui a été réalisé et de l'existence d'un personnel qualifié. Quand la responsabilité et l'autorité en matière de promotion, de mise en œuvre et de soutien des soins de santé primaires arrivent à faire partie du fonctionnement du district, il faudra s'occuper attentivement des aspects qui peuvent être considérés comme les principaux piliers du système de santé district et qui sont :

- L'organisation, la planification et la gestion ;
- Le financement et l'affectation des ressources ;
- L'action intersectorielle ;
- La participation communautaire
- Le développement des ressources humaines

Environnement Physique et social



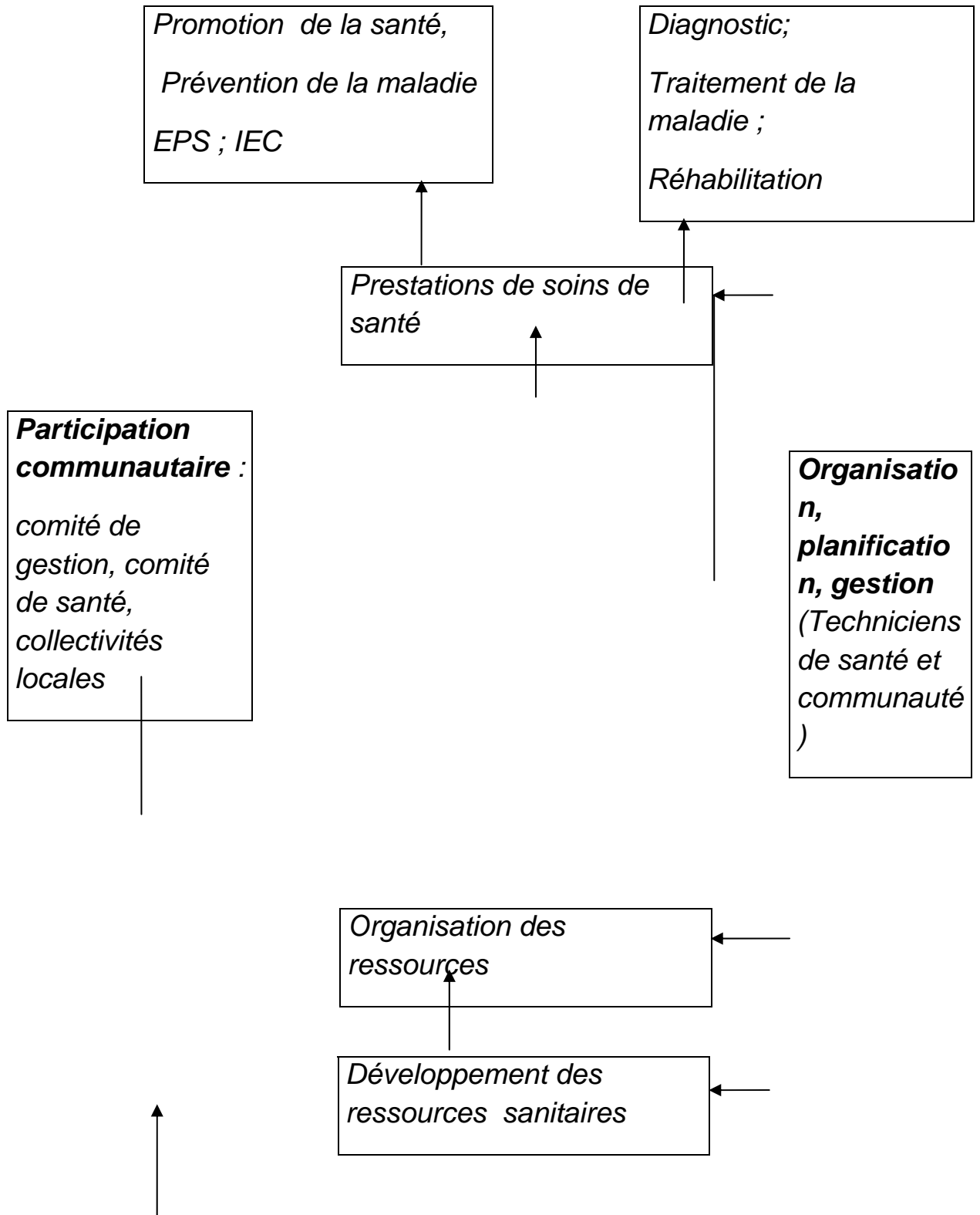


Figure n° 3: Eléments du système de santé district : Liens fonctionnels

6.2.2. Mission et attributions du district sanitaire :

Le district de santé, unité opérationnelle la plus périphérique du système sanitaire a été mise en place au Sénégal par circulaire ministérielle n° 01753 du 15 Mars 1991. Le district est un terrain d'application des programmes prioritaires de santé relatifs aux huit composantes des SSP (Soins de Santé Primaire) dont la mise en œuvre est sous-tendue par l'IB (Initiative de Bamako)²⁷.

Le district comporte des structures sanitaires de différents niveaux ou sont menées de façon intégrée les activités curatives, préventives, promotionnelles et gestionnaires de santé.

La finalité de la création du district est « la rationalisation et le développement harmonieux des structures sanitaires en vue d'améliorer qualitativement et quantitativement les services offerts ».

La mission essentielle est la mise en œuvre des actions de santé définies par les autorités sanitaires du pays.

Cette mission s'articule autour de plusieurs objectifs qui sont :

- Améliorer l'accès des pauvres et des groupes vulnérables à des services de qualité (préventif et curatif)
- Assurer la surveillance épidémiologique des maladies
- Réduire la morbidité et la mortalité infantile et infanto juvénile
- Réduire la morbidité et la mortalité maternelle
- Développer des activités de promotion des programmes de santé
- Assurer le suivi évaluation des activités.

²⁷ Dr TALL A. 2006 « Analyse situationnelle du district sanitaire de Mbao ». Mai 2006, p : 13.

Tableau n°2 : organisation de l'offre de soins dans un district sanitaire

	FORMATIONS SANITAIRES	OFFRE DE SOINS	RESSOURCES HUMAINES
DISTRICT SANITAIRE	Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations générales • Chirurgie • Pédiatrie • Soins dentaires • Radiologie • Maternité • Analyses biologiques • Pharmacie • Programmes de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins • Chirurgiens Dentistes • Infirmiers • Sage femme • Techniciens supérieurs • Agents sanitaires • Personnel administratifs • Personnel communautaire
	Poste de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation curatives • Soins curatives • Programmes de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier • Personnel communautaire
	Maternité rurale	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation pré natal • PF • PEV • Accouchements 	<ul style="list-style-type: none"> • Sage femmes • Matrones • Personnel communautaire

	Cases de santé	<ul style="list-style-type: none"> • IEC • Activités en stratégie avancée 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel communautaire
--	----------------	---	---

6.3. Analyse situationnelle du district sanitaire de Mbao :

6.3.1. Caractéristiques socio économiques du district de Mbao :

Le district sanitaire de Mbao se situe dans le département de Pikine dans la région de Dakar (capitale du Sénégal), à 15 km du centre ville. Il compte en 2008 : 300 816 habitants pour une superficie de 32 km² soit une densité de 9400 habitants/ km².

L'aire géographique du district correspond à la zone d'extension de Dakar avec l'émergence de quartiers à développement spontané et de nouvelles cités coexistant avec des villages traditionnels pré établis.

Elle correspond à la zone d'implantation des principales sociétés industrielles et de plusieurs entreprises du pays ; la localité abrite aussi le plus grand marché à bestiaux de la capitale.

La pêche, le commerce, l'aviculture, le maraîchage et l'artisanat sont les principales activités économiques. Le district est une zone de forte migration saisonnière et peut être considéré comme une immense « cité dortoir »

L'urbanisation anarchique dans les zones suburbaines contribue à la dégradation de l'environnement (difficultés d'accès à l'eau potable, assainissement inadéquat avec déficience du système d'évacuation des eaux usées, pratiques d'hygiène défectueuse, mauvaise gestion des ordures ménagères) ce qui favorise l'incidence élevée de pathologies infectieuses.

Sur le plan administratif, le district comprend deux préfectures et cinq communes d'arrondissement. Avec la décentralisation, les fonds de dotation des districts sont gérés par les collectivités locales. Les montants des allocations budgétaires sont déterminés par le niveau central, et les collectivités locales doivent respecter les allocations et les rubriques.

6.3.2. Organisation du district sanitaire de Mbao :

Il est dirigé par un Médecin Chef de District et comprend un personnel technique et administratif de divers employeurs : état, commune et communautaire. Les activités du district sont managées par l'Equipe Cadre du District dirigée par le MCD en étroite collaboration avec les représentants de la population de desserte constitués par les membres du bureau du Comité de Santé.

Les comités de santé sont de par leur organisation les partenaires privilégiés pour un fonctionnement optimum des structures sanitaires, ils ont des représentations dans chaque formation sanitaire (au niveau des 15 postes de santé et au niveau du centre de santé). Un comité de santé du district qui coiffe les comités de santé des postes a pour mission de participer à la coordination des activités au niveau du district

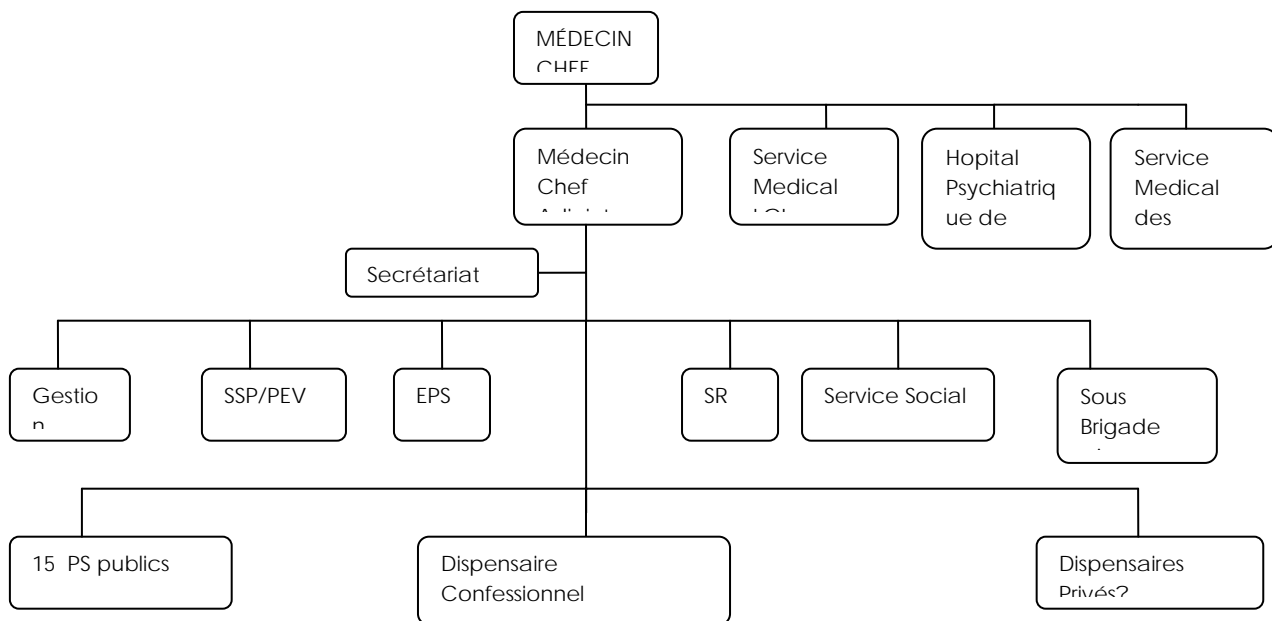


Figure n°4 : Organigramme du district de Mbao :

6.3.3. Présentation du district sanitaire de Mbao :

Infrastructures :

Le centre de sante : centre de référence du district avec comme plateau technique:

- Médecine
- Maternité (Logée dans le service d'Hospitalisation)
- Cabinet dentaire
- Laboratoire
- Service de Radiologie
- 01 dépôt de pharmacie du district et un dépôt du centre de santé
- 01 sous Brigade d'hygiène
- 01 service social

Structures périphériques :

- 15 postes de santé avec maternités intégrées
- 02 maternités isolées

- 03 cases de santé dont 02 fonctionnelles

Par ailleurs, on note dans notre zone de responsabilité, l'existence de :

- Un hôpital psychiatrique
- 11 officines privées
- 06 cabinets médicaux privés
- 05 services médicaux des entreprises
- 01 centre de promotion et de réinsertion social
- un dispensaire privé catholique
- un centre médical à la LGI (légion de gendarmerie d'intervention)

❖ **Personnel :**

Il comprend :

- 3 médecins généralistes
- 2 chirurgiens dentistes
- 256 agents para médicaux
- 34 agents administratifs

La répartition du personnel par employeur est de 84 étatiques, 35 communaux et 206 communautaires.

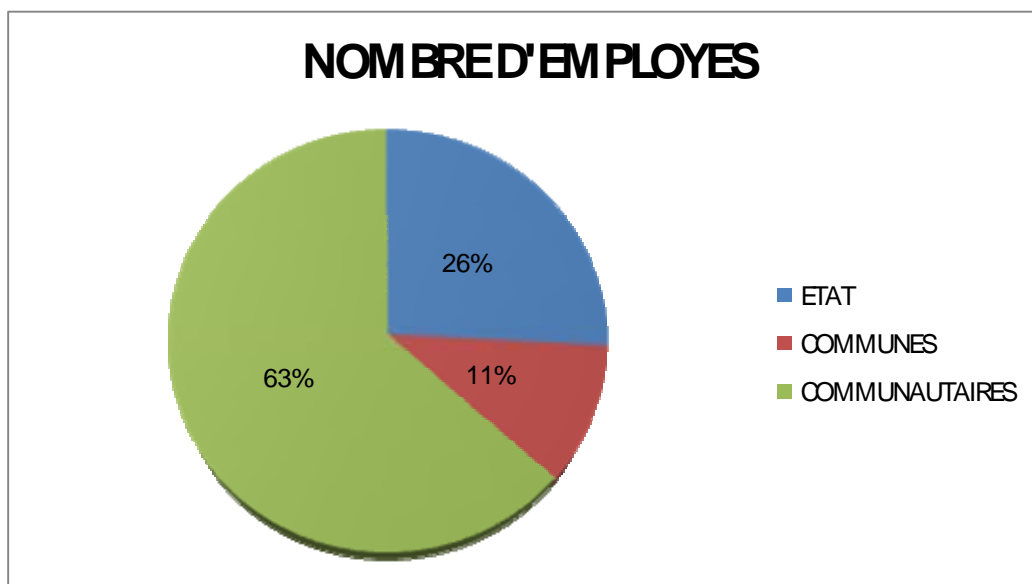


Figure n° 5: répartition du personnel du district de Mbao par employeurs

❖ *Dynamique communautaire*

La dynamique communautaire est caractérisée au niveau des quartiers par la présence d'un grand nombre d'OCB (organisations communautaires de base) : 200 GPF (Groupements de Promotion Féminine) dont 53 disposent d'un récépissé, 67 ASC (Associations Sportives et Culturelles) reconnues et 19 autres types de regroupement dont 3 sont officielles.

La bonne structuration des Organisations Communautaires de Base (OCB) constitue un appui fondamental pour l'approche santé publique. Ces associations (ASC, GPF, Fédérations de relais ou d'Agents de Santé Communautaires, Groupements d'Intérêt Economique) impliquent les jeunes, les femmes, certaines catégories socioprofessionnelles qui se réunissent autour d'intérêts communs dans une tradition de solidarité et d'entraide.

Cette structuration renforce le partenariat avec le secteur santé et la participation multisectorielle.

VII. METHODOLOGIE :

7.1. Stratégie adoptée :

Notre étude s'est faite en deux parties : nous avons d'abord intégré l'équipe du district durant la première semaine afin de faire une analyse situationnelle de notre cadre d'étude. L'observation et l'analyse situationnelle du district nous a permis d'apprécier le fonctionnement du système de santé district mis en œuvre dans la localité de même que les facteurs influençant de la participation communautaire dans le district sanitaire de Mbao. L'opportunité nous a été ainsi donnée pour consulter la documentation et sélectionner la cible de notre étude.

Le choix du site d'étude se justifie du fait que l'auteur connaît bien le terrain pour y avoir exercé en tant que technicien et membre de l'équipe cadre de district pendant quatre ans et entretient des rapports privilégiés avec les différents collaborateurs. En outre, Le district de Mbao a constitué depuis sa création du fait du leadership de ses autorités sanitaires et de sa situation géographique (banlieue de Dakar) le champ d'application de plusieurs projets pilote et un terrain de stage privilégié.

Le district se caractérise par une forte dynamique communautaire. Les agents de santé du district ont bien compris la nécessité d'œuvrer avec les populations pour identifier les problèmes de santé et s'atteler à leur résolution. Les leaders communautaires sont très impliqués et participent de manière active à la recherche d'une meilleure santé pour la communauté.

Ensuite, nous avons procédé à l'enquête par entrevue directe semi structurée sur le terrain en visitant les acteurs de la planification dans leur lieu de travail. Cette enquête nous a pris deux semaines.

7.2. Type d'étude :

Le devis de recherche qui nous a semblé le plus approprié est l'étude de cas. L'étude de cas est selon YIN (1994) « l'investigation empirique d'un phénomène qui peut difficilement être isolé ou dissocié de son contexte. »

Nous avons procédé à une étude qualitative qui nous a permis d'apprécier le niveau d'implication de la population et des collectivités locales au processus de planification des activités du district et les facteurs qui influencent cette participation.

7.3. Population d'étude :

➤ Étude quantitative :

L'enquête quantitative est basée sur une revue de la littérature nationale et internationale, des rapports d'activités du district, les plans opérationnels des différentes années, les documents émis par le niveau central et qui régissent l'organisation du système de santé (le plan stratégique de la santé communautaire, la déclaration de politique nationale de santé du Sénégal, le code des collectivités locales du senegal etc.....).

➤ Étude qualitative :

Il s'agit d'une enquête qualitative menée au niveau du district, il s'agira de procéder à des entretiens semi structurés avec les différents acteurs impliqués dans la planification des activités du district sanitaire de Mbao : la population de notre étude est constituée par :

Les techniciens de santé :

- Le médecin chef adjoint du district ;
- Le superviseur des soins de santé primaires du district ;
- Le major du centre de santé ;
- Les infirmiers chef de poste (12) ;

Les représentants de la population :

- Le président du comité de santé du district ;
- Le président du comité de santé du centre de santé ;
- Les présidents des comités de santé des postes de santé(15) ;

Les collectivités locales :

- Les présidents de la commission « santé » des mairies de communes d'arrondissement (4) ;

Ce qui fait une population de 36 personnes.

7.4. Déroulement de l'enquête :

Pour cette étude qualitative, nous avons fait une enquête exhaustive de tous les acteurs(ou leurs représentants) de la planification au niveau du district : les techniciens de santé, les représentants de la population(les comités de santé), ainsi que les représentants des collectivités locales.

La population enquêtée a d'abord été informée de notre passage par un courrier adressé par le médecin chef de district à tous les intéressés avant notre passage. Un entretien de visu sera ensuite organisé avec l'auteur de l'étude ou un enquêteur préalablement formé.

Nous avons pu finalement avoir une entrevue avec une population de 37 personnes :

- 1 membre de comité de santé au niveau d'un poste de santé qui devait être vu, s'est avéré être en même temps le président de la commission santé au niveau de la municipalité ;
- Nous n'avons pas pu avoir d'entrevue avec le chargé des affaires sociales et sanitaires des deux communes du fait de leur absence en raison d'une formation.
- 3 des infirmiers chef que l'on devait interviewés ne sont en service que depuis trois mois, ils n'ont pas été pris en compte.

7.5. Recueil des données :

Les informations ont été recueillies à l'aide d'une grille d'entretien élaborée par l'auteur de l'étude. Les questions ont porté sur les conditions d'élaboration des plans opérationnels dans la localité, le degré d'implication des différents acteurs, la perception de chacun sur l'importance des plans, le degré d'exécution de ces plans de travail et l'impact de la planification sur l'organisation et le fonctionnement des structures visitées. Les interviews ont été menées par l'auteur de l'étude pendant deux semaines.

7.6. Analyse des données :

Elle s'est faite à l'aide des logiciels Microsoft Excel pour faire le calcul des fréquences et la conception des graphiques des différentes données.

Puis nous allons utiliser l'échelle de classement des indicateurs de BICHMANN adaptée pour apprécier le niveau d'implication des différents acteurs de la participation communautaire aux différentes étapes du processus de planification des activités dans le district de Mbao.

7.7. Les limite de l'étude :

➤ Les limites relatives au modèle utilisé :

Le modèle d'analyse de BICHMANN que nous avons utilisé est basé sur des critères objectifs, mais la détermination de score peut être perçue comme subjective car elle est laissée à l'appréciation de l'auteur de l'évaluation. Dans notre étude, le fait que l'auteur soit un technicien de santé peut altérer le jugement. Ceci peut constituer une menace pour la validité interne de l'étude.

➤ La fiabilité des informations reçues :

Ce sont les personnes interviewées qui nous ont relaté les faits ; nous avons aussi apprécié l'existence de tableaux de bord dans certaines structures. Cependant,

nous n'avons eu aucun moyen de vérifier les dires de la population et des techniciens de santé.

➤ **Les contraintes de temps :**

Une étude pareille aurait gagné à se faire au niveau de toute la région voire tout le pays pour avoir des résultats plus significatifs ; mais le peu de temps dont nous avons ne nous a donné l'opportunité de ne travailler que sur un district sanitaire. Néanmoins lors d'une réunion de coordination avec les Médecins Chef de Districts de la région de Dakar, il s'est avéré que la situation de Mbao peut être considérée comme générale au niveau de la capitale.

VIII. PRESENTATION ET DES RESULTATS :

8.1. Distribution des structures de santé dans le district :

Le district sanitaire de Mbao est sous la tutelle de cinq communes d'arrondissement. Les formations sanitaires (postes de santé et centre de santé) sont inégalement réparties dans la zone de desserte du district comme le montre la figure n°7 :

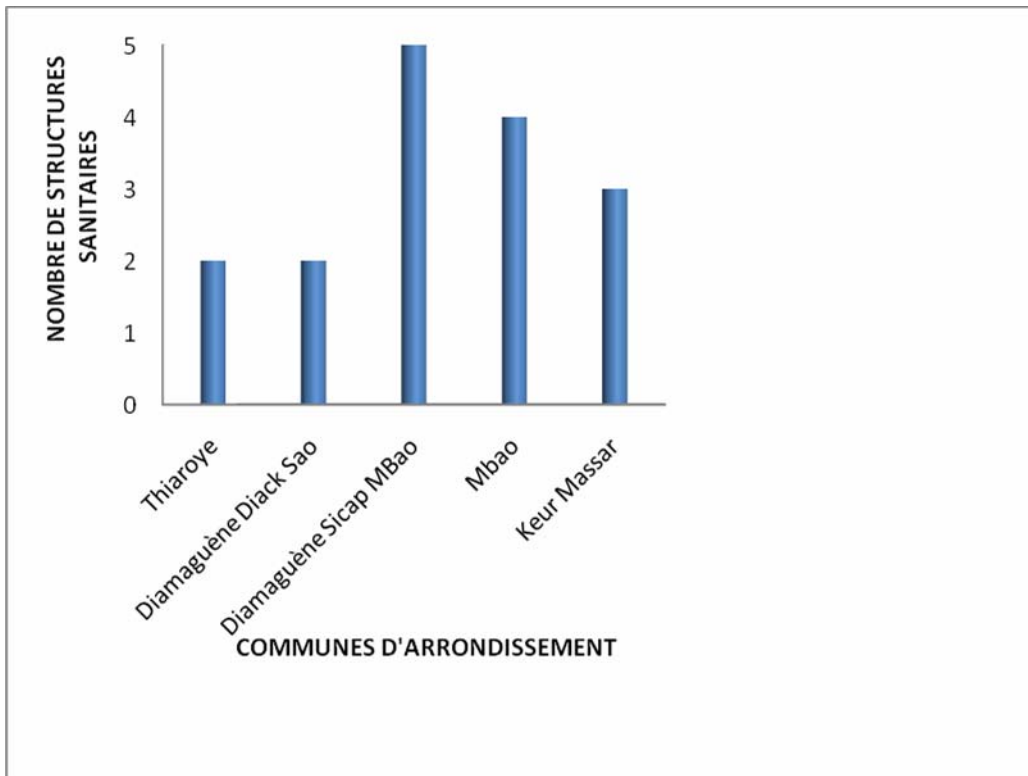


Figure n°6: Répartition des structures de santé par communes d'arrondissement

8.2. Répartition de la population d'étude selon la provenance :

Notre enquête nous a permis d'interviewer une population de 34 personnes, réparties comme suit :

- 4 membres des collectivités locales ;
- 16 techniciens de santé et
- 14 membres de comité de santé.

(voir figure n°8)

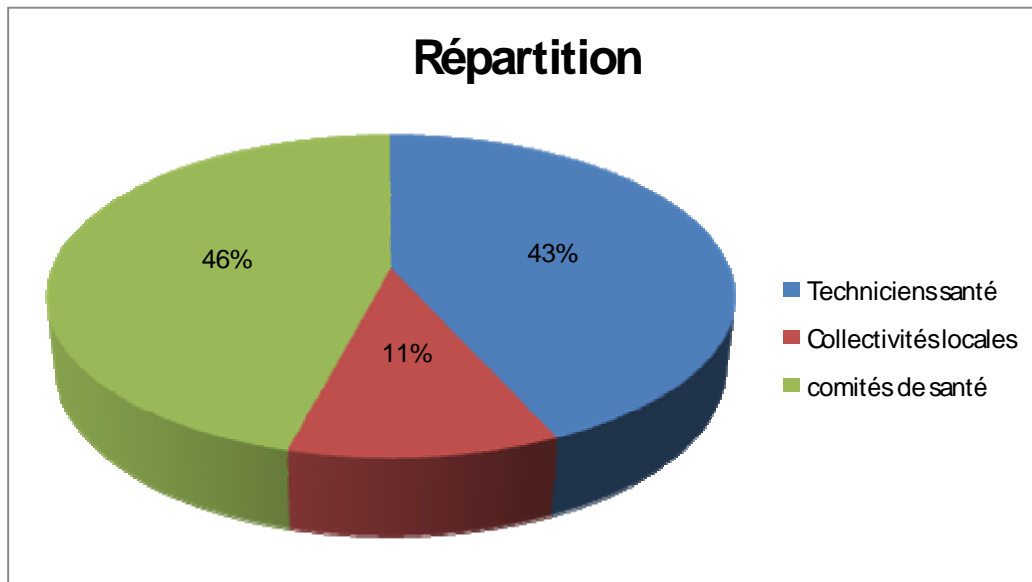


Figure N° 7: Répartition de la population d'étude selon la provenance

8.3. Résultats de l'enquête qualitative :

Dans le tableau n° 2 où est représentée l'échelle de classement des indicateurs de participation communautaire de BICHMANN améliorée, nous avons relaté les résultats des interviews que nous avons menées auprès de tous les acteurs de la planification du district.

Tableau n°3 : échelle de classement des indicateurs de participation communautaire de BICHMANN adaptée

PARTICIPATION					
	Etroite : score 1	Limitée : score 2	Moyenne : score 3	Ouverte : score 4	Ample : score 5
Identification des problèmes de santé	Les collectivités locales ne sont ni présents, ni représentés	Les points de vue des techniciens dominent les discussions	Les techniciens de santé identifient les besoins à partir des données épidémiologiques de la morbidité	Les représentants de la communauté montrent une grande motivation à aider à l'identification des problèmes	Les représentants de la communauté aident dans une large mesure à l'identification des problèmes de santé
Détermination des priorités	Les collectivités locales ne sont pas associées aux travaux	Les comités de santé sont associés aux travaux et y participent	Les représentants des populations donnent leurs points de vue pour déterminer les priorités	Le point de vue des représentants de la communauté sont pris en compte	Les techniciens de santé déterminent les priorités d'actions

Fixation des buts et objectifs	Les objectifs de programmes sont fixés au niveau central	Les objectifs fixés par le niveau central ne sont pas toujours en adéquation avec les réalités du terrain	Les superviseurs de programme en concertation avec la population élaborent un plan de travail à partir des objectifs fixés	La fixation des buts et objectifs constituent un moyen de pousser les relais communautaires à de meilleures performances	Les acteurs de la planification adhèrent à la décision du niveau central et s'organisent pour atteindre les objectifs
Détermination des activités	Les autorités du niveau central, les bailleurs de fond ou les ONG proposent les actions à mener	Les techniciens planifient de manière unilatérale et proposent aux relais un plan déjà établi	Le point de vue des représentants de la population est pris en compte	La détermination des activités se fait dans l'intérêt de la population et pour une amélioration de ses conditions de vie	Toutes les composantes de la communauté sont présentes lors des travaux
Prévision des ressources requises	Les collectivités locales ne respectent pas toujours leurs engagements vis-à-vis du personnel de santé	Les modalités de l'allocation des ressources par les collectivités locales ne sont pas opportunes, les ressources sont insuffisantes	Les collectivités locales prennent en charge les salaires d'une partie du personnel technique et administratif du district	La communauté recrute du personnel de santé et le prend en charge ; elle participe aussi au fonctionnement du district	La cogestion systématique et régulière des ressources contribue à une gestion transparente

Fixation des objectifs opérationnels	Les techniciens de santé fixent les objectifs opérationnels	Chaque superviseur fixe individuellement les objectifs de son programme	Les objectifs opérationnels sont fixés selon des critères objectifs et en prenant en compte les résultats antérieurs	Les techniciens font une bonne argumentation avant de fixer les objectifs spécifiques	Les relais communautaires adhèrent aux objectifs spécifiques fixés par les techniciens de santé
--------------------------------------	---	---	--	---	---

Mise en œuvre du programme	La mise en œuvre de programmes est souvent bloquée par manque de financement	Le centre de santé qui est la structure de référence n'a pas mis en œuvre tous les activités prévues	Manque de coordination dans la mise en œuvre des activités,	Forte motivation de la communauté à exécuter les activités prévues dans la planification	Tous les postes de santé ont exécuté en globalité leurs plans
----------------------------	--	--	---	--	---

Suivi et évaluation	Ce sont les techniciens de santé qui fixent les critères et les modalités du suivi et de l'évaluation des programmes	Les critères sont déterminés de manière objective en tenant compte de l'avis des représentants de la communauté	La communauté apprécie fortement le suivi et l'évaluation des programmes de santé	Le fait d'évaluer les activités dénote l'intérêt des autorités sanitaires : motivation des relais communautaires à mieux faire	L'évaluation se fait en équipe:
---------------------	--	---	---	--	---------------------------------

IX. ANALYSE DES RESULTATS

L'analyse des résultats de l'enquête qualitative s'est fait grâce à l'échelle de classement des indicateurs de la participation communautaire de BICHMANN adaptée qui nous a permis d'apprécier cette participation par un système de score à toutes les étapes du processus de planification telles que définie par PINEAULT.

Ainsi le score de la participation communautaire varie de 1 à 5 selon qu'elle soit étroite, limitée, moyenne, ouverte ou ample.

CRITERES D'APPRECIATION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	SCORE
Etroite	1
Limitée	2
Moyenne	3
Ouverte	4
Ample	5

Tableau n°4 : mesure de la participation communautaire

9.1. Identification des problèmes :

D'après les personnes interviewées, les relais communautaires qui participent aux réunions contribuent pour une grand part à l'identification des besoins de la communauté. Ce sont des relais polyvalents formés à la gestion des programmes de santé mis en œuvre dans le district et ils sont très motivés au travail quand ils sont convoqués pour la planification des activités de la formation sanitaire de leur zone de résidence. Ces relais sont constitués de jeunes et de femmes dynamiques de la zone de desserte.

Ces interviews ont aussi fait ressortir que les collectivités sont absentes des réunions tenues pour la planification des activités. La participation communautaire à l'identification des problèmes est ouverte, le score est de 4.

9.2. Déterminations des priorités :

Les actions à mener en priorité sont déterminées par les techniciens de santé selon les données épidémiologiques de la morbidité dans la zone de desserte mais ils prennent en compte l'avis des représentants de la communauté.

Actuellement, dans le district, les priorités sont données aux programmes de lutte contre le paludisme avec la promotion des moustiquaires imprégnés par des visites à domiciles faites par les relais communautaires ; au programme de lutte contre la tuberculose et au programme lutte contre le VIH/SIDA

La participation communautaire à la détermination des priorités est moyenne. Le score est égal à 3.

9.3. Fixation des buts et objectifs :

Les objectifs et buts des programmes de santé appliqués au niveau proviennent du niveau central qui les détermine selon les données sanitaires centralisées, et ces objectifs ne prennent pas toujours en compte les réalités du district : souvent les populations cibles des programmes de santé sont mal estimées. Ce qui peut être une explication aux résultats constamment supérieurs à 100% lors de l'évaluation des performances du district .

Cependant, les personnes interviewées ont reconnu que le fait qu'il y ait des objectifs fixés constitue une source de motivation et de dépassement

dans le travail et poussent le personnel communautaire à mieux faire. La participation communautaire dans la fixation des buts et objectifs est étroite. Le score est 1.

9.4. Détermination des actions pour atteindre les objectifs :

Les autorités du niveau central et les bailleurs de fonds donnent les propositions d'actions à mener et les techniciens du district s'organisent en fonction des réalités de leur terrain pour mener ces actions. Souvent, d'après les personnes interviewées les techniciens font leur propre prévision avant de convoquer les organisations communautaires de base et les représentants des collectivités locales pour une séance d'information. Toujours selon les personnes interviewées, parfois, ce sont les bailleurs de fonds eux-mêmes qui viennent avec leurs projets déjà ficelés.

La détermination des actions à mener par la population se fait dans l'intérêt de la population et toutes les composantes de la population sont associées à la vulgarisation des programmes par l'intermédiaire des membres des comités de santé et des relais communautaires. Et le point de vue de la communauté est pris en compte. La participation de la communauté dans la détermination des actions pour atteindre les objectifs est limitée : le score est égal à 2.

9.5. Prévision et mobilisation des ressources requises :

Pour la prévision et la mobilisation des ressources la communauté intervient pour la fixation de la tarification des prestations de soins et services selon le niveau du pouvoir d'achat des populations de la zone et desserte. Elle participe aussi activement à la mobilisation de ressources pour la prise en charge du personnel communautaire. D'après les personnes interviewées les collectivités locales prennent en charge les salaires d'une partie du personnel techniques et administratif du district ;

cependant ces collectivités ne respectent pas toujours leurs engagements financiers pour diverses raisons.

La cogestion est faite par les techniciens et le comité de santé ; elle est régulière et systématique. Les ressources financières générées par la vente des tickets de consultations, de prestations de services et des médicaments de l'Initiative de Bamako contribuent de façon substantielle au fonctionnement des structures de santé. La participation communautaire à la prévision des ressources requise est ouverte. Le score est de 4.

9.6. Fixation des objectifs spécifiques :

Les techniciens de santé fixent les objectifs spécifiques de chaque action à mener ; les superviseurs de programmes de santé ont la responsabilité d'élaborer un plan d'action de leur secteur qu'ils soumettent à l'équipe cadre avant la mise en œuvre sur le terrain. Les techniciens par un plaidoyer objectif arrivent à faire adhérer les relais communautaires chargés de la mise en œuvre. Leurs avis sont pris en compte. La participation communautaire dans la détermination des objectifs spécifiques est limitée. Le score en est de 2.

9.7. La mise en œuvre des plans :

Selon les personnes interviewées tous les plans ont été mis en œuvre et totalement exécutés exception faite des tâches dévolues aux collectivités qui n'ont pas tenu leur engagement. Les dotations de la collectivité, en plus d'être insuffisante sont souvent inappropriées. Les autorités municipales fournissent les formations sanitaires sans consulter les techniciens sur leurs besoins réels en produit d'entretien ou en médicaments.

Souvent, l'exécution des plans est bloquée par manque de financement, notamment au niveau du centre santé qui est la structure de référence.

La communauté, bien dirigée et organisée est motivée à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. La participation communautaire à la mise en œuvre des programmes est ouverte. Le score est de 4.

9.8. Le suivi et évaluation :

Ce sont les techniciens qui fixent les critères de suivi et d'évaluation suivant une démarche objective. Les plans sont évalués en équipe dans les structures de santé et constitue une source de motivations pour les relais communautaires de base et l'ensemble des acteurs de la mise en œuvre des programmes de santé. Les collectivités locales brillent de leur absence dans l'évaluation des programmes.

La participation communautaire au suivi et évaluation des programmes de santé est moyenne. Le score est de 3.

Critères d'appréciation de la participation communautaire	score
Identification des problèmes	4
Détermination des priorités	3
Fixation des buts et objectifs	1
Détermination des actions à mener pour atteindre les objectifs	2
Prévision et mobilisation des ressources	4
Fixation des objectifs spécifiques	2
Mise en œuvre des plans	4

Suivi et évaluation	3
---------------------	---

Tableau n°5: scores de la participation au processus de planification dans le district de Mbao

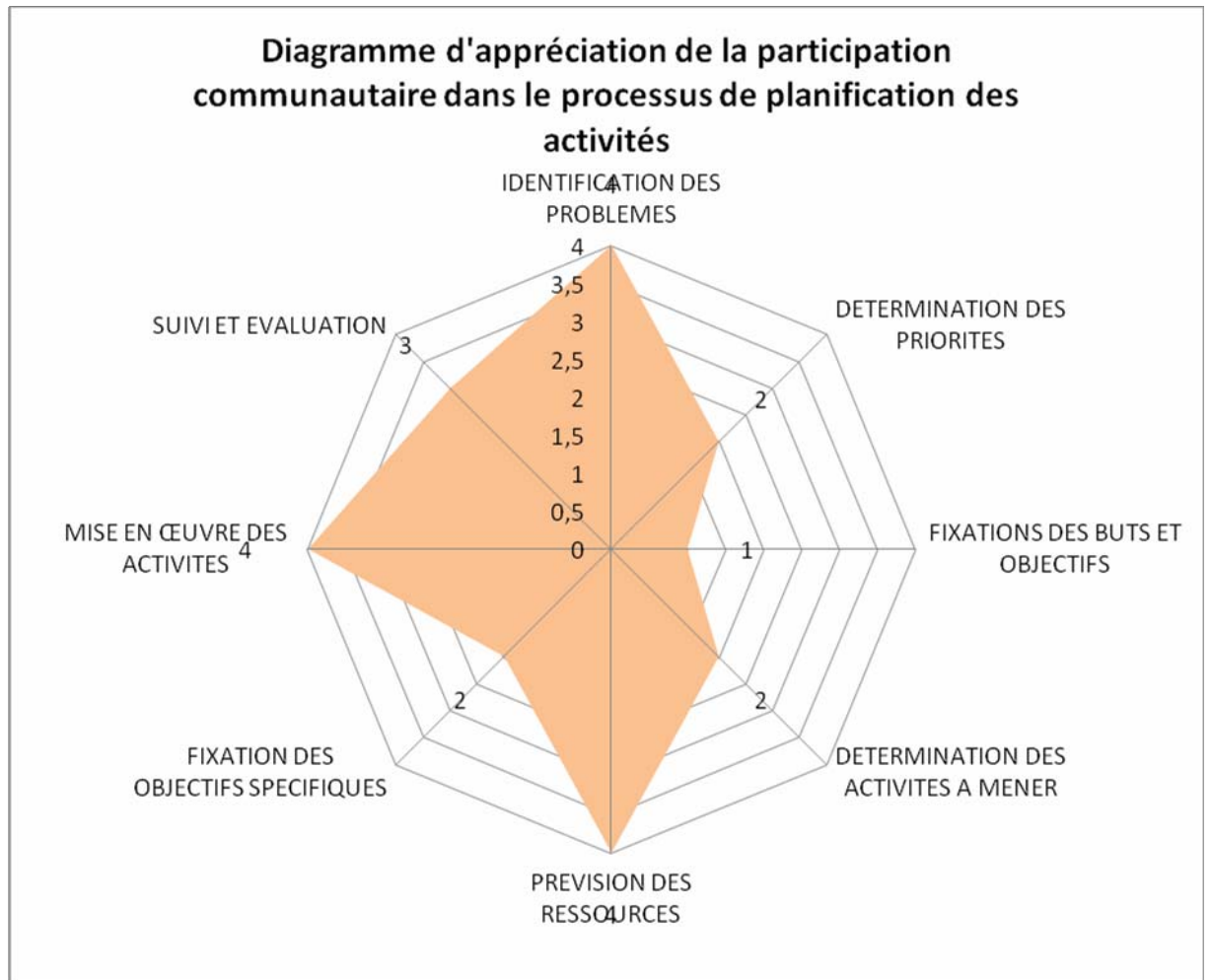


Figure n° 7: Diagramme d'appréciation de la participation communautaire au processus de planification des activités du district sanitaire de Mbao.

Au regard de ce diagramme, nous constatons que la participation de la population au processus de planification est plus significative dans les

étapes qui font intervenir les déterminants socio culturels de la santé que sont :

- L'identification des problèmes ;
- La prévision et la mobilisation des ressources et
- la prévision et la mobilisation des ressources financières.

Ces étapes nécessitent une intervention intersectorielle pour garantir la réussite de la mise en œuvre des différents programmes de santé comme le préconise le principe même de la participation communautaire à l'effort de développement sanitaire.

La participation est limitée pour :

- La détermination des priorités,
- La détermination des actions à mener pour atteindre différents objectifs fixés et
- La fixation des objectifs spécifiques.

Ces étapes relèvent de domaines purement techniques qui nécessitent des connaissances spécifiques en épidémiologie et gestion de programmes de santé ; connaissances qui sont en principe de l'apanage des techniciens de santé.

X. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

10.1. Les facteurs favorables de la participation communautaire a la planification des activités

Dans le district, nous avons deux types de planifications ont été identifiés:

- Le Plan Annuel de Travail du district dont l'élaboration réunit l'Equipe Cadre de District, et les membres du comité de santé du district.
- Les planifications mensuelles des activités au niveau des postes de santé et du centre de santé et qui se font en présence de l'Infirmier Chef de Poste, des la Sage Femme, des relais communautaires et les membres du comité de santé. Ces plans portent surtout sur des activités avancées en IEC et pour l'éducation pour la santé.

L'interprétation des résultats de notre enquête qualitative nous montre selon le modèle d'analyse de BICHMANN, le degré d'implication de la communauté aux différentes étapes de la planification des activités du district sanitaire de Mbao. Ainsi, nous voyons que la communauté représentée ici essentiellement par les membres des comités de santé et les relais communautaires participent aux travaux de planifications et sont impliqués selon leur degré de compétences en matière de santé, leur implication est plus significative dans :

- L'identification des problèmes de santé ;
- La prévision et la mobilisation des ressources et
- La mise en œuvre des activités des plans d'actions

Les relais communautaires des agents bénévoles qui sont sollicités dans le cadre de la mise en œuvre de programmes de santé surtout en ce qui concerne les campagnes de proximité. Ils fournissent un appui précieux du fait de leur maîtrise du milieu et de la population desservie par le service de santé. Ils sont maintenant formés aux techniques de base de

gestion des différents programmes de santé mis en œuvre dans le district (programme de lutte contre le paludisme, programme de lutte contre la tuberculose, programme élargi de vaccination, etc.): ce sont des relais polyvalents.

10.2. Impact de la planification sur l'organisation de l'offre de soins et services de santé :

Toutes les personnes que nous avons interviewées ont perçu la pertinence d'élaborer un plan de travail. La planification leur permet d'améliorer leurs résultats : la planification et l'établissement d'objectifs influencent positivement le rendement organisationnel. Elle permet de clarifier la répartition des tâches de chaque acteur et de partager la vision, la mission, les objectifs et les activités du groupe en vue de mieux promouvoir les programmes de santé.

Définie par FAYOL comme la première étape dans la gestion de services, elle fournit un point de référence qui permet de mesurer les progrès et pour la résolution des problèmes, le processus de planification en lui-même peut y contribuer dans une large mesure. Il rappelle constamment aux gestionnaires de services de santé la contribution de ceux-ci à l'amélioration de la santé des populations.

Aussi la notion de programme de santé est un outil conceptuel particulièrement utile pour traduire cette perspective dans une démarche réelle et concrète. Le programme qui est une composante de la planification constitue un cadre d'analyse qui permet de réunir de façon cohérente et organisée les trois éléments qui constituent une intervention sanitaire :

- Les objectifs,
- Les activités et

- Les ressources.

La planification s'applique tout aussi bien aux actions de préventions de santé publique qu'à celles de soins de santé. Et si son intérêt dans l'organisation de services n'est plus à démontrer, elle n'en comporte pas moins des limites :

- La planification est un coup d'œil ponctuel sur une situation donnée ;
- L'intuition et la créativité s'avèrent parfois plus efficaces que la planification officielle surtout sur le terrain où nous faisons souvent à la gestion de la nature humaines et les croyances populaires souvent non prévisibles ;
- Le succès de l'élaboration dépend de plusieurs facteurs :
 - La participation de tous les acteurs au processus,
 - Une vision partagée par tous,
 - L'existence d'un bon esprit d'équipe et
 - une bonne évaluation effectuée par le groupe.

10.3. Les contraintes de la participation communautaire à la planification des activités :

La participation communautaire peut trouver des limites dans :

- Le concept de communauté et de participation :
- Les compétences techniques de la population en matière de gestion de problèmes de santé et de planification :
- La mise en œuvre de la décentralisation :
- La place des techniciens dans le système de santé décentralisé :

10.3.1. Le concept de communauté:

La communauté a été définie comme suit à la conférence d'Alma Ata en 1978 : « c'est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que des intérêts et des aspirations communs y compris en matière de santé. »

Les communautés sont de tailles et de profils socio-économiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villes, et des distraits urbains plus structurés. Le terme de « communauté » fait donc référence à un ensemble d'individus relativement homogène. Il occulte par là même la différenciation sociale interne, les positions de groupes, voire les relations conflictuelles existant entre ces derniers.

Chaque population, chaque communauté comme chaque individu possède des caractéristiques propres et subit les influences du milieu. Et quelle que soit la politique de santé définie, au niveau central et les grandes lignes d'actions envisagées, les activités elles-mêmes vont se dérouler le terrain au niveau local. Elles vont par conséquent devoir être adaptées aux caractéristiques locales et aux

besoins réels des populations concernées. Dans les communautés villageoise, les voisins sont souvent des rivaux, d'où la nécessité d'identifier des groupes voire des sous groupes qui constitue la communauté et de différencier les problèmes et les besoins en fonction de ceux-ci.

Il est utopique de vouloir instaurer une forme de privation personnelle et démocratique dans une société organisée en filières hiérarchiques et

clientélistes : par exemple, l'influence de certains leaders sert souvent de filière à leurs supporters pour contourner le système de participation trouvé contraignant.

10.3.2. Le concept de « participation communautaire » :

L'approche communautaire caractérisé par la participation communautaire désigne « le processus au travers duquel la communauté est sensibilisée et impliquée pour la mise en œuvre d'actions sanitaires. L'implication des membres de la communauté se fait à tous les stades du programme de santé : l'identification, la mise en œuvre et l'évaluation. »

Cette définition suppose une certaine unicité et un esprit de solidarité solide parmi les membres de la communauté, mais comme nous l'avons vu certaines rivalités notamment politiques peuvent remettre en cause « l'esprit même de cette participation ». Pour mener à bien la participation communautaire au niveau de notre district, il est impératif de prendre en considérations ces points.

La notion de participation implique pour chaque acteur une contribution de quelque nature que ce soit. La participation communautaire ne se limite pas à la gestion des finances, c'est d'abord une contribution idéologique de chaque acteur afin de trouver des solutions coordonnées aux problèmes de santé de zone de desserte. Chaque acteur doit participer à l'amélioration de la santé des populations selon ses capacités techniques, financières et intellectuelles.

Au niveau de notre zone de responsabilité la motivation et la volonté de participer ne manquent pas à la population mais il existe certaines limites à cette association qui peuvent être identifié comme suit :

Les membres de comité de santé qui ne sont pas des techniciens de santé manquent de compétences dans les domaines de la santé et de la gestion de services ;

- Les populations ne sont pas réellement préparées à participer, ils n'ont reçu aucune formation en ce sens, donc ils ignorent complètement leur prérogatives et leurs rôles dans le système. Ils sont alors soumis aux conditions préétablies par les techniciens de santé qui imposent les conditions de travail.
- La participation ne peut se limiter dans la planification des activités qu'à un rôle d'appui dans :
 - L'identification des problèmes et des besoins en santé : ce qui permet d'orienter les techniciens dans la prise de décisions
 - la mise en œuvre des activités des programmes de santé (relais communautaires, OCB, GPF, etc.)
 - le suivi et évaluation des programmes de santé.

10.3.3. Les conditions de mise en place de la politique de décentralisation :

La participation communautaire a pour but de mobiliser en lançant un vaste processus d'organisation et de participation collective qui entrainera l'accroissement des ressources humaines et matérielles au niveau local pour les mettre au service du développement. Elle cherche à créer des mécanismes de soutien afin d'établir les conditions préalables à une participation pleine et entière et d'ouvrir la voie aux changements nécessaires. Elle concerne également le personnel de santé de la collectivité et les autres agents du changement au sein de cette dernière.

Une politique basée sur la participation communautaire doit varier selon les communautés. Elle ne peut être égalitaire au niveau national, elle doit au préalable être décentralisée sinon elle risque d'aboutir à un échec. Mais ce que l'on constate, c'est que des déclarations de politiques générale peuvent être faites par les autorités du niveau central et périphérique ou d'autres personnalités politiques ; souvent, les documents et plans officiels contiennent aussi des déclarations et des résolutions d'une portée générale qui n'ont aucune spécificité et chaque autorité locale selon sa sensibilité a le pouvoir de sa propre analyse et interprétations.

Dans les ministères de tutelle, il n'y a ordinairement aucun mécanisme efficace pour analyser ces déclarations générales et mettre au point des stratégies et des objectifs précis. De ce fait, la mise en œuvre n'est ni orientée ni soutenue de façon convenable. Certains pays ont cependant élaboré une procédure de participation pour traduire les politiques en plans susceptibles d'être appliqués.

En Zambie, le ministère de la santé a préparé des directives fondées sur une série de propositions destinées à mettre en œuvre des soins de santé primaires ; elles précisent l'organisation du programme à tous les niveaux du système. Ces directives exposent aussi les principes fondamentaux des soins de santé primaires et indiquent la façon de les incorporer aux plans opérationnels. A l'occasion d'une série de petits ateliers organisés pendant un an dans les districts, on a préparé les plans qui ont constitué les directives générales. Finalement, c'est lors d'un atelier réunissant des représentants de tous les niveaux qu'a «été adopté le plan général des soins de santé primaires (source : WHO Travel Report, 1985.).

Au Sénégal, la réforme institutionnelle portant sur le renforcement de la politique de décentralisation est mise en œuvre depuis 1997. Elle s'est

traduite par un transfert aux collectivités locales (régions, communes et communautés rurales) des responsabilités relevant de neuf domaines de compétence dont la santé.²⁸ Bien que la décentralisation dans le secteur de la santé soit adoptée par tous les acteurs, son application effective pose toujours des problèmes. Il s'agit en particulier de la mise en place tardive des fonds de dotation indispensables à l'exercice des compétences transférées, qui souvent n'atteignent pas la structure à laquelle ils ont été destinés en raison notamment de leur utilisation à d'autres fins.

Toutes les structures de gestion prévues pour assurer le fonctionnement d'appui aux structures de santé n'ont pas été mises en place avec les compétences requises. Par ailleurs, le concept de district sanitaire autour duquel s'articule la mise en œuvre des soins de santé primaires ne se confond pas toujours avec le découpage administratif : le district sanitaire de Mbao est à cheval entre deux arrondissements : celui de Pikine et des Niayes. L'ensemble de cette situation rend parfois les relations entre techniciens de santé et les représentants des collectivités locales conflictuelles.

Les comités de cogestion présidés par les élus locaux ne sont pas fonctionnels et les collectivités locales ne s'impliquent pas assez dans le diagnostic et la résolution des problèmes de santé. Les communes d'arrondissement manquent de moyens financiers et n'ont pas toujours la volonté politique d'œuvrer pour la santé. Les fonds de dotation décentralisés sont tardivement mobilisés par les collectivités locales et sont insuffisants pour un montant de 49 927 172 pour l'année 2008.

Le montant budgétaire des fonds non décentralisés est seulement de 8 150 000 pour l'année 2008 (nous n'avons pu avoir le montant global du budget municipal pour avoir une idée du pourcentage).

²⁸ OMS, Bureau Régional Afrique « Stratégie OMS de coopération avec la république du Sénégal. » 2001. page 3 et 10.

Dans le cas où la décentralisation a été trop rapide, avec transmission de pouvoirs importants aux régions et aux districts sans préparation adéquate au transfert de responsabilité et d'autorité, comme c'est le cas dans la plupart des districts de notre pays, l'efficacité du système peut être compromise. Il est prouvé qu'il est facile d'accepter des responsabilités et de s'adapter à un rôle nouveau lorsque l'on se voit confier de réels pouvoirs. L'inverse se produit cependant plus fréquemment : les responsables de district bénéficient d'une importante formation en gestion et au leadership, pour revenir ensuite à une situation où ils ne disposent pas de l'autorité requise pour appliquer de façon efficace leurs nouvelles compétences en matière de gestion. Ils sont souvent frustrés et finissent par abandonner.

La décentralisation, comme toute modification apportée à une organisation, doit être soigneusement surveillée et évaluée pour que les résultats soient obtenus et les effets secondaires pris en compte et corrigés. Dans un cadre juridique suffisamment vaste, il est important de conserver une certaine souplesse d'exécution afin que les enseignements tirés de la mise en œuvre de systèmes décentralisés puissent conduire, selon les besoins à des changements bénéfiques dans l'intérêt de la population.

10.3.4. La responsabilité des institutions :

D'après le Pr Hubert ALLEMAND (Juin 1990), la responsabilité des décideurs en matière de prise en charge de la santé des populations est liée au droit de la collectivité de vouloir que l'intérêt général soit préservé. Ce dernier difficile à définir, peut se montrer contraignant pour les autorités.

Quatre raisons justifient l'engagement des décideurs, notamment gouvernementaux :

- Leur responsabilité à protéger et à promouvoir la santé publique ;
- Le besoin d'actions collectives pouvant seules répondre au désir de protection de la santé de la population ;
- La nécessité d'une allocation maximale des dépenses de santé ;
- La nécessité de prévenir les comportements nuisibles à la santé des populations.

Par leur engagement, souvent nécessité par les faits, les décideurs politiques posent un acte éthique défini comme l'élaboration d'une décision qui n'émerge pas d'avance, avec des idées préalablement établies, mais qu'il faut confronter afin de réaliser un compromis entre les valeurs en jeu portées par les différents acteurs, dans la situation concrète où ils se trouvent.

XI. RECOMMANDATIONS :

Une action de santé communautaire reflète le contexte politique dans lequel elle se développe en même temps qu'elle est une réaction de ce contexte : un programme de santé soutenu par une planification collégiale avec l'implication de tous les acteurs a plus de chance d'avoir les résultats attendus. Nos recommandations sont les suivantes :

Au niveau du ministère de la santé publique :

- Mettre en place un cadre de référence et un guide des priorités pour que le processus de planification correspondent aux priorités en matière de santé (partager avec les collectivités locales, les districts sanitaires et la région médicale) ;

- Prendre un circulaire rendre obligatoire l'élaboration des plans de travail au niveau des districts notamment les Plan Opérationnels des Collectivités Locales pour la Santé (POCL) ;
- Organiser des ateliers d'informations et d'orientation à l'intention des élus locaux, des Equipes Cadre de Districts et des Equipes Cadre de Régions sur les dispositions et l'intérêt de la participation communautaire dans la planification des activités.
- Mettre en place une instance de contrôle et de supervision systématique et régulière de l'élaboration et l'exécution des plans de travail au niveau des districts sanitaires.

Au niveau du district sanitaire :

- Organiser des ateliers de sensibilisation sur les stratégies de planification ;
- Renforcer la capacité des populations dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi évaluation des plans opérationnels ;
- Faire un plaidoyer auprès des collectivités locales pour une meilleure implication dans l'identification et la résolution des problèmes de santé ;

Au niveau des collectivités locales :

- Appuyer efficacement le district dans ses activités de promotion de la santé ;
- Appuyer le renforcement des capacités des agents municipaux en santé, décentralisation, planification et gestions des fonds alloués ;
- Renforcer les capacités de la société civile en plaidoyer ;
- Appuyer la collectivité locale dans les stratégies de mobilisation de ressources financières

CONCLUSION :

Cette étude nous a permis d'apprécier le degré d'implication des populations de Mbao au processus de planification dans le district sanitaire. Cette participation qui est moyenne selon l'échelle des indicateurs de la participation communautaire de BICHMANN est soutenue par divers facteurs dont les principaux sont surtout à un manque d'informations et de coordination des activités, mais aussi des facteurs socio-politiques que nous n'avons pu déterminer du fait de la brièveté de notre séjour.

La prise en charge de la santé des populations, selon les orientations politiques définies par les autorités compétentes passe par l'implication effective de toutes les parties prenantes (élus locaux, techniciens, communautés et partenaires) autour d'un idéal de santé.

Assurer un développement de la participation communautaire nécessite un certain nombre de conditions qui vont de l'identification des secteurs d'activités concernés jusqu'à l'instauration d'une instance de régulation de l'action communautaire, en passant par les professionnels des différents secteurs et l'identification des rôles et tâches de tous les représentants de la communauté dans les actions à entreprendre. Une planification coordonnée au niveau communautaire permettra d'articuler étroitement les soins de santé primaires avec les autres secteurs dans des actions conjuguées. .

la prise en compte intersectorielle des problèmes de santé est un facteur favorisant de réussite d'une stratégie communautaire : aucun secteur engagé dans le développement socio-économique ne peut faire œuvre utile en agissant isolément. Une concertation constante entre les différents acteurs est indispensable pour assurer le développement et la promotion de la santé.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale du Sénégal : 1993. « Guide national du comité de santé : stratégie et conduite à tenir » novembre 1993. p : 3.
2. BURY J. « Education pour la santé : concepts, enjeux, planification » in *Savoir et Santé*. Bruxelles De Boeck université 1988 ; p. 103 à 109.
3. Institut Théophraste Renaudot : « Pratiquer la santé communautaire : de l'intention à l'action ». Lyon, *chronique sociale*, Décembre 2001.
4. OMS/UNICEF : Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires. Rapport conjoint, OMS, Genève, réimpression 1986, p. 56.
5. BUGNICOURT J.- La participation populaire au développement en Afrique. *Les carnets de l'enfance*, 1982, n° 59/60, p. 64
6. TESSIER S., ANDREYS J. B. et RIBEIRO M. A. 1996 «Participation communautaire », in *Santé publique et santé communautaire*, Maloigne p : 145- 148.
7. MANZORA A.1982- La participation communautaire, essence des soins de santé primaires. *Contact*, Dossier n°2.
8. Organisation Mondiale de la Santé. 1991. « L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé. ». *Série de rapports techniques n° 809*, Genève.
9. Dr SECK I. 2004. «Mesure de la participation communautaire». Module de santé communautaire et de techniques de soins adaptées au développement. CES de Santé Publique, Institut De Santé Et Développement. Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
10. LEMIEUX V. 1997. « La décentralisation » ; Les éditions de l'IQRC ; p : 9.

11. Organisation mondiale de la santé. 1988. « La mise en œuvre : le véritable défi des systèmes de santé district pour renforcer les soins de santé primaires. », OMS, p:13-15.
12. PINEAULT R., DEVALUY C. 1995. « La planification de la santé : approches, perspectives et démarche générale », in La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Editions Nouvelles, p: 19.
13. SULLIVAN D.F. 1971 « A single Index of Mortality and Morbidity », HSMHA Reports. Vol. 86, p: 347-354.
14. COLVEZ A. et BLANCHET M. 1981. « Disability Trends in the United State Population 1966-76 : Analysis of Reported Causes », Am. J. of Public Health, vol. 71, n° 5, p: 464- 471.
15. DUBOS R. 1973 « L'homme et l'adaptation au milieu ». Payot, Paris.
16. Conseil des Affaires Sociales et de la Santé. Objectifs : santé, op. cite. p : 26.
17. BEGIN J. 1969. « Elaboration d'un plan directeur et impact sur le système de santé ». Exposé présenté à la session de l'association des hôpitaux de Québec, Manoir du Lac Delage, Québec, Décembre 1969.
18. READY R.K. et RANELLI F.E. 1982. « Strategic and No-Strategic Planning in Hospitals », in Health care management review, vol. 7, n° 4, p: 27-38.
19. PINEAULT R., DEVALUY C. 1995. « La planification de la santé : approches, perspectives et démarche générale », in La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Editions Nouvelles, p : 35.
20. SCHAEFER M. 1975. « L'administration des programmes de salubrité de l'environnement : approche systémique » Organisation Mondiale de La Santé, Genève, p : 130.
21. PINEAULT R. 1976. « Eléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire ». L' Union Medical du Canada. Vol. 105, p: 1208-1214.
22. PINEAULT R. 1984. « The Place of Prevention in the Quebec Health Care System », Can. J. of Pub Hlth. Vol. 75, p: 92-97.

23. BLUM H.L. 1981. « Planning for health Generics for the eighties”. Human Science Press, New York, p: 14.
24. O.M.S./Bureau Régional de l’Afrique ; 2005 – 2006 : « Stratégie OMS de coopération avec la république du Sénégal ; Brazzaville ».
25. CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA. « Plan stratégique de lutte contre le SIDA 2007- 2011. » ; Programme national multisectoriel de lutte contre le SIDA ; p: 10-11.
26. Organisation Mondiale de la Santé.1988. « La mise en œuvre : le véritable défi des systèmes de santé district pour renforcer les soins de santé primaires. », OMS, p:9-10.
27. Dr TALL A. 2006 « Analyse situationnelle du district sanitaire de Mbao ». Mai 2006, p : 13.
28. OMS, Bureau Régional Afrique. 2001. « Stratégie OMS de coopération avec la république du Sénégal. ». page 3 et 10.



REPUBLIQUE DU SENEGAL

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION MEDICALE

N° _____ / RMD/DSMB

REGION MEDICALE DE DAKAR

MBAO, LE

DISTRICT SANITAIRE DE MBAO

Note d'Information*

Dans le cadre de la finalisation de sa formation en administration sanitaire et santé publique à l'INAS (institut national d'administration sanitaire, le Dr Bineta SENE SEMBENE doit préparer un mémoire de fin d'étude.

Cette étude portant sur « l'évaluation de la participation communautaire dans les processus de planification des activités dans le district sanitaire de Mbao » comporte une enquête auprès des acteurs de la planification des structures de soins de santé de base du dit district : les techniciens, les représentants des collectivités locales et les représentants de la population de desserte.

L'auteur de l'étude ou un de ses enquêteurs sera éventuellement amené à vous solliciter pour participer à l'enquête. Celle-ci consistera en un entretien de visu qui pourrait durer une heure au courant du mois de Mai 2008.

Je vous remercie de l'accueil que vous voudrez bien leur réserver et vous prie d'agréer Monsieur (ou Madame) l'expression de ma parfaite considération.

LE MEDECIN CHEF DU DISTRICT

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES REPRESENTANTS DE LA COMMUNAUTE

CONCEPTION DES PLANS DE TRAVAIL :

1. Avez-vous des activités dans le secteur de la santé dans votre localité ?
2. Quelle est votre stratégie en matière de politique de santé dans votre localité?
3. Avez-vous élaboré des POCL-SANTE ?
4. Sinon pourquoi ?
5. Participez-vous aux activités de planifications avec les techniciens de santé ?
6. Qui a participé aux travaux d'élaboration des Plans de Travail de la formation sanitaire ?
7. Comment sont prises les décisions ?

MISE EN ŒUVRE DES PLANS DE TRAVAIL :

8. Quelle est la part du budget municipal alloué à la santé ?
9. Avez-vous totalement exécuté les plans opérationnels de l'année dernière ?
10. Si ce n'est pas le cas en connaissez-vous la raison ?
11. Quelles en sont les modalités ?
12. Comment appréciez-vous le travail en collaboration avec les techniciens de santé ?

SUIVI ET EVALUATION :

13. Avez-vous un comité de suivi et évaluation des Plans de Travail?
14. Participez-vous aux activités de suivi et évaluation des Plans de Travail du district ou du poste de santé ?

DIFFUSION DE L'INFORMATION :

15. Informez-vous la population de vos travaux dans le domaine de santé ?
16. Comment procédez-vous ?

REMARQUES ET SUGESTIONS.

Fonction de la personne interviewée :

Date :

MERCI DE VOTRE ACCUEIL

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES TECHNICIENS DE SANTE

CONCEPTION DES PLANS ANNUELS DE TRAVAIL :

1. Avez-vous élaboré des Plans de Travail dans votre zone de desserte ?
2. Sinon pourquoi ?
3. Il y a-t-il un comité chargé de l'élaboration des Plan de Travail ?
4. Avez-vous assisté aux travaux d'élaboration des Plans de Travail ?
5. Est-ce que toutes les composantes de la communauté ont été associées aux travaux d'élaboration des Plans de Travail?
6. Leur participation est elle effective ?
7. Qui sont les participants aux travaux d'élaboration des plans de travail ?
8. Comment sont prises les décisions ?

MISE EN ŒUVRE DES PLANS ANNUELS DE TRAVAIL

9. Vos plans sont ils exécutés en globalité ?
Si ce n'est pas le cas en connaissez-vous la raison ?

SUIVI ET EVALUATION

10. Avez-vous un comité de suivi des plans de travail ?
11. Avez-vous un plan de suivi et évaluation des PO ?
12. Est-ce que toutes les composantes de la communauté participent au suivi et évaluation des PO ?

DIFFUSION DE L'INFORMATION

13. Informez-vous la population des Plans de Travail élaborés au niveau de la structure sanitaire ?
14. Informez-vous la population des résultats du suivi de l'exécution des plans de travail ?
15. Comment procédez-vous pour informer la population ?

IMPACTS SUR L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

16. Comment appréciez-vous l'élaboration d'un Plan de Travail dans le fonctionnement de votre structure ?
17. Comment appréciez-vous la participation communautaire à l'élaboration des Plans de Travail ?
18. Comment en appréciez-vous la pertinence ?

REMARQUES ET SUGGESTIONS :

Fonction de la personne interviewée :

Date :

MERCI DE VOTRE ACCUEIL

PRESENTATION PHYSIQUE DU SENEGAL :

DONNEES GEOGRAPHIQUES :

Le Sénégal est un pays d'Afrique occidentale avec :

Superficie: 196722 kilomètres carré

Limites: Mauritanie au nord; Le mali à l'est; La Guinée Conakry et la Guinée Bissau au sud, L'océan atlantique (531 km de côte) à l'ouest et La Gambie au centre

Relief: le pays est relativement plat avec très peu d'élévation au niveau des montagnes du Fouta Djallon (à peine 500metres). L'écosystème est dominé par la savane.

Climat: situé en zone sahélienne, le Sénégal a un climat tropical sec

- Pays chaud avec des saisons de pluies qui varient selon les régions: elles peuvent durer deux mois dans les régions du nord à six mois dans les régions du sud. Les mois de grandes vont de juillet à septembre
- Les températures à Dakar vont de 18 degré en janvier à 27 degré en juillet

SITUATION DEMOGRAPHIQUE :

- Population estimée près de 12 millions d'habitants en 2006
- 95% de musulmans réparties en une dizaine d'ethnies
- Taux d'accroissement démographique = 2,4% ; Dédoublément de la population tous les 24 ans.
- Population jeune/ 50% ont moins de 16ans et 5% ont 60ans ou plus
- Esperance de vie estimée à 57 ans
- Le taux d'urbanisation moyenne est de 41%



CARTE GEOGRAPHIQUE DU SENEGAL

ECONOMIE :

- Le Sénégal est classé parmi les pays pauvres avec un revenu par tête d'habitant de 500\$ US par an
- Monnaie nationale : franc CFA (1DH équivalent à environ 65 FCFA)
- Le taux de croissance du P.I.B. est passé de 5,1% en 1999 à 6,1% en 2005
- PIB/habitant : 630 dollars en 2003.
- L'économie est basée sur l'agriculture, la pêche, le commerce, l'élevage le tourisme et l'artisanat.
- La pauvreté est inégalement répartie selon le milieu de résidence et 80% des pauvres se retrouvent en zone rurale. La pauvreté est une préoccupation majeure du gouvernement sénégalais ; ainsi le pays a souscrit aux objectifs internationaux de développement et en 2000, le document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP) a été élaboré avec une place prépondérante pour le volet santé. La stratégie retenue dans ce document est fondée sur :
 - ✓ La correction de l'insuffisance de l'accès aux soins par une politique de dotation suffisante et de qualité en infrastructures et le recours à des services de base communautaire pour pallier l'insuffisance du personnel ;
 - ✓ L'allègement des dépenses de santé (surtout les médicaments) chez les pauvres ;
 - ✓ L'accès aux mutuelles de santé ;
 - ✓ Le développement des ressources humaines ;
 - ✓ L'appui au secteur privé et à la médecine traditionnelle ;
 - ✓ Le renforcement du contrôle des maladies endémiques et de la surveillance épidémiologique ;
 - ✓ L'accroissement des performances des programmes de santé de la reproduction ;

- ✓ L'appui institutionnel au niveau central, régional et du district ;
- ✓ La promotion des mesures de protection individuelle et collective par l'hygiène, l'assainissement et le développement des réflexes de prévention à travers une approche communautaire

POLITIQUE ET GOUVERNANCE :

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en :

- 11 régions,
- 30 départements,
- 60 communes,
- 48 communes d'arrondissements,
- 92 arrondissements,
- 320 communautés rurales

En 1981, le multipartisme intégral a été institué dans le pays et actuellement le pays compte 60 partis politiques reconnus.

Le pays est actuellement dirigé par son excellence Me Abdoulaye WADE

En 1997, il ya la mise en œuvre de la réforme institutionnelle portant sur le renforcement de la politique de décentralisation : il y a transfert aux collectivités locales de responsabilités relevant de neuf domaines de compétences dont la santé.

DONNEES SANITAIRES :

➤ Situation épidémiologique :

La santé de la population du Sénégal demeure précaire malgré les progrès réalisés. Le rapport 2000 de l'O.M.S. sur la santé dans le monde classe le Sénégal à la 151^{ème} place sur 191 pays pour ce qui est du niveau de la santé de sa population.

❖ **La mortalité infantile** a baissé de 86 pour mille en 1992 à 64 pour mille en 2006. Cependant, il persiste toujours des taux de morbidité et de mortalité élevés.

❖ **La mortalité maternelle** est élevée et est 690/100 000 naissances vivantes au niveau national.

❖ ***Maladies transmissibles***

- **VIH/SIDA** : Le Sénégal a enregistré officiellement son premier cas de SIDA en 1986. Les deux types de virus (VIH1 et VIH2) sont présents. Les résultats de la surveillance révèlent un taux de prévalence moyen national faible et stable de 1,4%

- **Le paludisme** sévit à l'état endémo – endémique au Sénégal. Chaque année, environ 600000 cas de paludisme sont enregistrés dans les structures de santé avec 5000 décès. Il représente 35% des motifs de consultation. Le paludisme constitue l'une des principales causes de mortalité infantile avec les diarrhées et les infections respiratoires aiguës.

- **La tuberculose** : en 2000, 8934 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été notifiés dont 5823 nouveaux cas contagieux. Ainsi, le taux de détection des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif est de 60,6/100000 habitants. L'épidémie du VIH/SIDA, la pression démographique et la paupérisation croissante constituent des facteurs d'expansion de la maladie.

❖ *Maladies non transmissibles*

Des informations parcellaires indiquent que les maladies non transmissibles notamment le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires et les maladies mentales touchent une frange importante de la population mais l'ampleur de ces problèmes de santé est encore mal connue et les politiques et stratégies en cours n'y accordent pas suffisamment d'attention.

➤ *Planification – équilibrage et pilotage du système de santé :*

Des 1996, le Sénégal s'est engagé dans une approche sectorielle ayant abouti à l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire(PNDS). Ce processus essentiellement participatif a impliqué les districts, les régions et le niveau central. Les orientations politiques et les budgets ont ainsi été déterminés avec l'accord des différents niveaux. Ce processus intensif dans lequel l'OMS s'est particulièrement impliquée a abouti finalement à l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire 1998-2007. Ce PNDS, tout en réaffirmant l'option du Sénégal en faveur des soins de santé primaires s'articule autour des onze priorités stratégiques visant à atteindre 4 objectifs majeurs :

- La réduction de la mortalité infanto-juvénile
- La réduction de la mortalité maternelle,
- La baisse de l'indice synthétique de fécondité,
- L'accès accru aux services de soins de bases pour les plus démunis.

Le PNDS se présente comme le premier plan sectoriel de la santé au Sénégal qui couvre l'ensemble des aspects du secteur de la santé, prend en compte le cadre macro économique, la disponibilité des ressources et les sources de financement pour les cinq premières années et aussi les différents niveaux du système de santé ; il implique également l'ensemble des partenaires aux différentes étapes.

L'élaboration du PNDS 1998-2007 et de sa première phase prioritaire : le Programme Intégré de Développement Sanitaire de la santé et de l'action sociale (PDIS) pour la période 1998-2002, a permis de réaliser un certain nombre d'actions complémentaires dans le cadre de réformes du secteur avec l'appui des partenaires au développement notamment dans les domaines du financement de la santé, du développement institutionnel, de la réforme hospitalière, des ressources humaines et de la réforme du médicament. Le PDIS étant une approche programme, un processus de planification sectorielle a été initié depuis 1995 avec la création de la cellule d'appui et de suivi du dit programme.

Depuis l'avènement de la décentralisation, les fonds de dotation des districts sont gérés par les collectivités locales ; les montants et les rubriques des allocations sont déterminés par le niveau central et les collectivités locales doivent respecter à la lettre les allocations par rubrique. Les responsables de district ne disposent pas toujours des informations financières requises sur la gestion et l'utilisation de leur budget.

Au niveau des comités de santé, les ressources générées localement contribuent de façon substantielle au fonctionnement des structures de soins de santé primaires.

ANNEXE

- Lettre d'information ;
- Guide d'entrevue avec les représentants de la population ;
- Guide d'entretien avec les techniciens de santé ;
- Présentation physique du senegal ;
- Curriculum vitae.